Entwicklung eines mehrdimensionalen Alkoholismustests (M D A)

Heinrich Küfner

1981

Aus dem Max-Planck Institut für Psychiatrie, München

(Direktor: Professor Dr. Detlef Ploog)

Entwicklung eines mehrdimensionalen Alkoholismustests (M D A)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereichs Psychologie und Pädagogik
der Ludwig - Maximilians - Universität München

vorgelegt von

Heinrich Küfner
aus München

München: 1981

Referent: Professor Dr. Dr. J.C.Brengelmann, Pl.D.

Korreferent: Professor Dr. K.A. Schneewind

Tag der mündlichen Prüfung: 24.7.1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Druck: Dissertationsdruck Novotny jr., 8135 Söcking/Starnberg

Vorwort

Für die großzügige Unterstützung und Förderung der vorliegenden Arbeit danke ich vor allem Herrn Professor Dr. Wilhelm Feuerlein. Aus dem Arbeitsteam für die Entwicklung des Münchner Alkoholismustests habe ich von Prof. Dr. Wilhelm Feuerlein, Privatdozent Dr. Klaus Antons und Dr. Christoph Ringer eine Reihe von Anregungen, Hinweisen und Diskussionsbeiträgen erhalten, für die ich mich hier herzlich bedanken möchte.
Die Daten der Alkoholikergruppe stammen aus den Suchtfachkliniken Ringgenhof und Höchsten, den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Günzburg und Weißenau sowie aus der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie. Den Leitern dieser Einrichtungen, Herrn Dr. Rieth, Herrn Smidt, Prof.Dr. Lungershausen, Herrn Prof. Dr. Huber sowie Prof. Dr. Wilhelm Feuerlein sei für Ihre Erlaubnis zur Datenerhebung gedankt. Frau Dr. D. Voit und Herrn Dr. Rothenbacher sowie zahlreichen Mitarbeitern und Kollegen der verschiedenen Einrichtungen danke ich für die Unterstützung und Mitarbeit bei der Datenerhebung. Den Patienten sei gedankt für ihre Bereitschaft, an den Untersuchungen teilzunehmen.
Die Erhebung von Daten der Kontrollgruppe hat Frau cand. med. Ilona Imiela im Krankenhaus München Schwabing durchgeführt. Für die Erlaubnis der dortigen Datenerhebung danke ich den Chefärzten der verschiedenen Abteilungen.

Das Schreiben der Arbeit besorgte Frau Christine Kopyra mit großer Bereitwilligkeit und Ausdauer. Bei Abbildungen und Tabellen war mir Frau Renate v. Puttkamer sowie die Arbeitstherapie unter Leitung von Herrn Brust sehr hilfreich. Im übrigen danke ich für das Schreiben von Vorarbeiten dem Sekretariat der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie.

München, im April 1981 Heinrich Küfner

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Fragestellung und Überblick	1
2. Literaturteil	3
2.1 Definitionen und Grundbegriffe des Alkoholismus	3
2.1.1 Alkoholismusdefinition in der Literatur	3
2.1.2 Alkohol und Gewöhnung	4
2.1.3 Der Begriff Kontrollverlust	6
2.1.3.1 Der Begriff Kontrollverlust bei Jellinek	6
2.1.3.2 Die Vorstellungen von M. Keller zum Kontrollverlust	9
2.1.3.3 Differenzierung des Begriffs Kontrollverlust durch Glatt	10
2.1.3.4 Empirische Ergebnisse zum Kontrollverlust	11
2.1.3.5 Diskussion	12
2.1.4 Psychische Abhängigkeit	13
2.1.5 Physische Abhängigkeit	14
2.1.6 Problemtrinken und Alkoholmißbrauch	14
2.1.7 Primärer und sekundärer Alkoholismus	16
2.1.8 Alkoholismus und Krankheit	17
2.1.9 Wissenschaftstheoretische Analyse des Alkoholismusbegriffs	24
2.1.9.1 Nominaldefinition, Realdefinition und Begriffsexplikation	24
2.1.9.2 Alkoholabhängigkeit als Dispositionsprädekat	25
2.1.9.3 Analyse des Prädikats "alkoholabhängig"	27
2.1.9.4 Zusammenfassung der wissenschaftstheoretischen Analyse	29
2.1.10Zusammenfassung der Erörterung und Analyse der Alkoholismusdefinitionen	30

Seite

2.2 Alkoholismustypologien 32
2.2.1 Problematik typologischer Einteilungen 32
2.2.2 Begründung für die Entwicklung von Alkoholismustypologien 33
2.2.3 Theoretisch oder klinisch-empirisch abgeleitete Alkoholismustypologien 35
2.2.3.1 Die Typologie nach Jellinek 35
2.2.3.2 Neurotische versus psychopathische Trinker 38
2.2.3.3 Abhängigkeitstypen nach Blane 42
2.2.3.4 Zusammenfassung der theoretisch oder klinisch-empirisch abgeleiteter Alkoholismustypologien 43
2.2.4 Empirisch-statistisch abgeleitete Alkoholismustypologien 44
2.2.4.1 Strategien zum Auffinden empirischer Typologien 44
2.2.4.2 Beschreibung verschiedener empirischer Untersuchungen 46
2.2.4.2.1 Untersuchung von Partington u. Johnson (1969) 47
2.2.4.2.2 Untersuchung von Evenson, Altman, Sletten, Knowls (1973) 48
2.2.4.2.3 Untersuchung von Shelly u. Goldstein (1976) 49
2.2.4.2.4 Untersuchung von Antons u. Hampel (1977) 50
2.2.4.2.5 Probleme empirisch-statistischer Alkoholismustypologien 50
2.2.5 Diskussion und Folgerungen 51

2.3 Alkoholikerpersönlichkeit 53
2.3.1 Problemstellung 53

Seite

2.3.2 Ergebnis testpsychologischer Untersuchungen 55
2.3.2.1 Ergebnisse mit projektiven Testverfahren 55
2.3.2.2 Ergebnisse mit Fragebogentests 57
2.3.3 Psychodynamische Charakterisierung der Persönlichkeit 66
2.3.3.1 Psychoanalytischer Standpunkt 66
2.3.3.2 Abhängigkeits-Autonomiekonflikte 69
2.3.3.3 Kognitive und lerntheoretische Aspekte der Alkoholikerpersönlichkeit 70
2.3.3.4 Zusammenfassung und Folgerungen 71

2.4 Biologische Alkoholwirkung 74
2.4.1 Problemstellung 74
2.4.2 Kurzfristige biologische Alkoholwirkung 74
2.4.2.1 Wirkung im Zentralnervensystem 74
2.4.2.2 Wirkung auf andere Organsysteme 75
2.4.2.3 Abhängigkeit der Alkoholwirkung von biologischen Faktoren des Individuums 76
2.4.2.4 Wirkung von Alkohol auf Leistungsfunktionen 77
2.4.3 Längerfristige körperliche Alkoholfolgekrankheiten 78
2.4.3.1 Das Alkoholentzugssyndrom 79
2.4.3.2 Alkoholfolgekrankheiten 79
2.4.3.3 Psychiatrische Alkoholfolgekrankheiten 81
2.4.3.4 Neurologische Alkoholfolgekrankheiten 82
2.4.4 Diskussion und Folgerungen 83

Seite

2.5 Psychische Alkoholwirkung und Einstellungen zum Alkohol 84
2.5.1 Die Spannungs-Reduktionshypothese 84
2.5.1.1 Die zusammenfassenden Ergebnisse von Cappell u. Herrmann (1972) 85
2.5.1.2 Die Untersuchungen von Marlatt u. Mitarbeitern 89
2.5.2 Die Theorie von Russel u. Mehrabian über die Alkoholwirkung 92
2.5.3 Fragebogenuntersuchungen zur Trinkmotivation 94
2.5.4 Einstellungen und Normen zum Alkoholkonsum 96
2.5.4.1 Untersuchung von Cahalan (1970) 97
2.5.4.2 Untersuchung von Kilty (1978) 99
2.5.4.3 Untersuchung von Schulz (1976) 101
2.5.4.4 Folgerungen 103
2.5.5 Weitere Untersuchungen 104

2.6 Empirische Dimensionen des Alkoholismus aufgrund von Fragebogenerhebungen 106
2.6.1 Einleitung 106
2.6.2 Ergebnisse empirischer Untersuchungen 107
2.6.2.1 Untersuchungen von Horn u. Wanberg 107
2.6.2.2 Untersuchung von Pokorny u. Mitarbeitern (1971) 114
2.6.2.3 Untersuchung von Evenson u. Mitarbeitern (1973) 115
2.6.2.4 Untersuchungen von Revenstorf, Pohl, Brengelmann u. Mitarbeitern 116
2.6.2.5 Untersuchung von Krampen u. Nispel (1979) 119
2.6.3 Zusammenfassung und Diskussion 120

Seite

2.7 Beurteilungsgesichtspunkte aus dem Problemkreis Entwicklung der Alkoholabhängigkeit 123
2.7.1 Fragestellung 123
2.7.2 Entwicklungsverläufe und Entwicklungsphasen des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit 123
2.7.2.1 Die Phaseneinteilung von Jellinek 123
2.7.2.2 Untersuchung von Park (1973) 125
2.7.3 Der Verlauf der Restitution 127
2.7.4 Empirische Ergebnisse zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit 129
2.7.4.1 Untersuchung von McCord u. McCord (1960, 1972 u.a.) 129
2.7.4.2 Untersuchung von Jessor u. Mitarbeitern (1968, 1977) 136
2.7.4.3 Untersuchungsergebnisse mit standardisierten Fragebogen 140
2.7.4.3.1 Untersuchung von Loper, Hoffmann u. Kameyer (1973, 1974) 140
2.7.4.3.2 Untersuchung von Jones (1968) 142
2.7.5 Theorien zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit 143
2.7.5.1 Lerntheoretisch orientierte Theorieansätze 143
2.7.5.1.1 Alkoholtrinken unter dem Aspekt der klassischen Konditionierung 145
2.7.5.1.2 Alkoholabhängigkeit und operante Konditionierung 145
2.7.5.1.3 Aspekt der Selbstkontrolle 146
2.7.5.1.4 Alkoholmißbrauch als soziales Lernen 147
2.7.5.2 Psychoanalytisch orientierte Theorieansätze 148

Seite

2.7.6 Diskussion und Folgerungen 151

2.8 Beurteilungsaspekte des Problembereichs Prognose und Indikation 153
2.8.1 Differenzierung der Problemstellung 153
2.8.2 Versuch einer Systematik der wichtigsten Prognose-bzw. Indikationskriterien 155
2.8.2.1 Soziodemographische Variable 155
2.8.2.2 Soziale Anpassung 156
2.8.2.3 Variable der Persönlichkeit 156
2.8.2.4 Trinkverhalten 157
2.8.2.5 Prognose von Ausfällen bzw. Therapieabbrüchen 158
2.8.3 Indikation 159
2.8.4 Folgerungen 163

3. Empirischer Teil 165

3.1 Konzept und Aufbau der Fragebogenentwicklung 165
3.1.1 Zusammenfassung der Folgerungen aus den einzelnen Literaturabschnitten für die Auswahl der Fragebogendimensionen 165
3.1.2 Das Einstellungskonzept 166
3.1.2.1 Theoretischer Exkurs zum Einstellungskonzept 167
3.1.2.1.1 Definition und Theorien zum Einstellungskonzept 167
3.1.2.1.2 Einstellungsmessung 172
3.1.2.1.3 Anwendung des Einstellungskonzepts auf die vorliegende Aufgabenstellung 174
3.1.3 Beschreibung der Beurteilungsdimensionen 176
3.1.4 Einordnung in ein Strukturmodell 179
3.1.5 Untersuchungs- und Validierungsansatz 180

Seite

3.1.6 Zur psychometrischen Skalenentwicklung 182
3.1.6.1 Auswahl der Items 182
3.1.6.2 Zur Item-Analyse 186
3.1.6.3 Zur Bestimmung der Reliabilität 188
3.1.7 Durchführung 188
3.1.7.1 Stichprobe der Probanden 188
3.1.7.2 Daten 189
3.1.7.3 Voruntersuchung 189

3.2 Ergebnisse 190
3.2.1 Ergebnisse der Voruntersuchung 193
3.2.2 Beschreibung der Alkoholikergruppe und der Kontrollgruppe 193
3.2.3 Ergebnisse mit dem Münchner Alkoholismustest (MALT) 195
3.2.4 Ergebnisse zur Skalenkonstruktion 196
3.2.4.1 Skala ORG "Organische Störungen 196
3.2.4.2 Skala BES "Beschwerden und psychovegetative Funktionsstörungen" 199
3.2.4.3 Skala SYMPTR "Symptomatisches Trinkverhalten" 201
3.2.4.4 Skala PMOT "Personorientierte Trinkmotivation" 204
3.2.4.5 Skala ETRI "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens" 207
3.2.4.6 Skala KONTR "Kontrollfähigkeit des Trinkens" 211
3.2.4.7 Skala SEBI "Selbstbild unter Alkohol" 214
3.2.4.8 Skala SOZRES "Soziale Resonanz" 217
3.2.4.9 Skala EUMW "Einstellung zur Umwelt" 220
3.2.4.10 Erwartungswerte und empirische Werte der einzelnen Items und Skalen 223

Seite

3.2.4.11 Analyse von Antworttendenzen 225
3.2.4.12 Reliabilität der Skalen 227
3.2.4.13 Zusammenfassende Interpretation der Skalenwerte 230
3.2.4.14 Standardisierung und Normierung der Skalenwerte 231
3.2.5 Ergebnisse der Skalenwerte 237
3.2.5.1 Fehlende Werte 237
3.2.5.2 Vergleich der Alkoholiker- und der Kontrollgruppe 238
3.2.5.3 Trennfähigkeit der Skalen hinsichtlich der Unterscheidung Alkoholiker versus Normaltrinker 241
3.2.5.4 Korrelative Zusammenhänge der Skalen und ihre Interpretation mit Hilfe einer Pfadanalyse 245
3.2.5.4.1 Interkorrelation der Skalen 245
3.2.5.4.2 Pfadanalyse 246
3.2.5.5 Faktorenanalytische Ergebnisse 256
3.2.5.5.1 Faktorenanalyse der bipolaren Items 256
3.2.5.5.2 Faktorenanalyse der Selbstbeurteilungsskalen mit Ja-Nein Antworten 262
3.2.6 Ergebnisse des Fragebogens über die zeitliche Entwicklung von Symptomen des Alkoholmißbrauchs (Z-Fragebogen) 263
3.2.7 Profilanalysen 269
3.2.7.1 Fragestellung und Problematik 269
3.2.7.2 Profilreliabilitätskoeffizienten 271
3.2.7.3 Profilvergleiche mit den Variablen Geschlecht, Alter, Beruf, Klinik und Alkoholismustyp 272
3.2.7.4 Profilanalysen mit den Z-Items 276

	Seite
3.3 Diskussion	282
3.3.1 Zur Skalenentwicklung	282
3.3.1.1 Item-Analyse und Skalenveränderungen	282
3.3.1.2 Zu den Ergebnissen der Reliabilität	285
3.3.1.3 Zur Normierung	288
3.3.2 Zur Validität der Skalen	289
3.3.2.1 Zusammenhang mit dem Münchner Alkoholismustest (MALT)	289
3.3.2.2 Zum Vergleich Alkoholiker versus Nichtalkoholiker	290
3.3.2.3 Zur inhaltlichen Interpretation der einzelnen Skalen	291
3.3.2.4 Zum Vergleich Männer und Frauen	294
3.3.2.5 Bedeutung der faktorenanalytischen Ergebnisse	295
3.3.2.6 Zu den Ergebnissen der Regressionsanalysen und der Pfadanalyse	296
3.3.2.7 Bedeutung der Skalen für Prognose und Verlauf	298
3.3.2.8 Bedeutung der Skalen für eine Alkoholismustypologie	301
3.3.2.9 Theoretische Einordnung der Skalen	306
3.3.3 Zu den Ergebnissen mit dem Z-Fragebogen	310
3.3.4 Anwendungsmöglichkeiten	313
4. Zusammenfassung	314
Literatur	318
Anhang 1: Tabellen	334
Anhang 2: Abbildungen	391
Anhang 3: Fragebogen	414

1. Fragestellung und Überblick

Die Entwicklung eines mehrdimensionalen Fragebogens für den Bereich Alkoholismus erfolgte parallel mit der Entwicklung des Münchner Alkoholismustests (Feuerlein et al. 1977, 1979), der speziell mit der Zielsetzung der Diagnosestellung Alkoholismus entwickelt worden ist.

Im Vergleich dazu soll dieser mehrdimensionale Fragebogen diagnostische Informationen für eine Reihe weiterer Fragestellungen liefern. Diese Aufgabenbereiche beziehen sich

1. auf eine differenziertere Diagnosestellung, z.B. hinsichtlich der selbst beurteilten Kontrollfähigkeit über den eigenen Alkoholismus oder möglicher Alkoholismustypen;
2. auf die Erfassung von Veränderungen möglichst alkoholspezifischer Einstellungen und Verhaltensweisen, und
3. auf Prognose und Indikation als den zentralen Problemen der Zuordnung von Patienten und adäquater Behandlung.

Inwieweit dieser anspruchsvolle Aufgabenbereich realisierbar ist, kann natürlich nicht in einer einzigen Untersuchung überprüft werden. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt deshalb auf dem Auffinden der Dimensionen und der psychometrischen Fundierung und Überprüfung des Fragebogens.

Für das Auffinden wichtiger Beurteilungsdimensionen sind von vornherein zwei Einschränkungen gemacht worden:

1. Es sollten keine psychophysiologischen oder biochemischen Methoden als Einzelparameter mit aufgenommen werden. Es sollte sich im wesentlichen um einen Papier- und Bleistifttest handeln. Eine ökonomische Erfassung erscheint wesentlich für eine praxisorientierte Anwendung.
2. Die Dimensionen des Fragebogens sollten möglichst alkoholspezifisch sein.

Die Entwicklung der Alkoholismusdimensionen erfolgt i.w. nach zwei Gesichtspunkten:

1.) Die Literatur sollte nach möglichst empirisch belegbaren und auch in einen Theoriezusammenhang plausibel einordbaren Beurteilungsdimensionen analysiert werden. Deshalb ist der

Literaturteil breiter angelegt und umfaßt nicht nur die Diskussion des Trinkverhaltens oder der alkoholbedingten Schäden und der empirischen Alkoholismusdimensionen, sondern z.B. auch die Bedeutung allgemeiner Persönlichkeitsdimensionen für den Bereich Alkoholismus.

2.) Die empirisch-statistische Analyse der Daten soll hauptsächlich zur Überprüfung des Konzepts der Alkoholismusdimensionen beitragen und weniger als Suchstrategie nach solchen Dimensionen dienen.

Der Literaturteil ist in die Bereiche Alkoholismusdefinitionen, Alkoholismustypologien, Alkoholikerpersönlichkeit, biologische und physische Alkoholwirkung, Entwicklung der Alkoholabhängigkeit, empirische Fragebogendimensionen im Bereich Alkoholismus sowie in Prognose und Indikation aufgeteilt. Anschließend wird das Konzept und der Aufbau des Fragebogens dargestellt.

Von vornherein wurde großer Wert auf ein theoretisch-klinisches Verständnis der Alkoholismusdimensionen gelegt. Deren Beziehungen untereinander sollten in Form eines einfachen systemwissenschaftlich orientierten Grundmodells veranschaulicht werden.

Im methodischen Teil wird neben der bei einer empirischen Arbeit üblichen Aspekte auch auf Probleme der Einstellungsmessung und des Einstellungskonzepts eingegangen. Danach erfolgt die Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion.

Die verschiedenen multivariaten statistischen Verfahren wie z.B. die multiple Regressionsanalyse oder die Faktorenanalyse dienen i.w. der empirischen Überprüfung des Fragebogenkonzepts.

2. Literaturteil

2.1 Definitionen und Grundbegriffe des Alkoholismus

2.1.1 Alkoholismus-Definition in der Literatur

Wie bei anderen Grundbegriffen psychopathologischer Störungen z.B. der Psychose oder der Neurose, gibt es auch zum Begriff der Alkoholabhängigkeit viele Ansätze und Versuche einer Definition, ohne daß man sich bis heute auf eine allgemein anerkannte Definition einigen konnte. Ein Teil der Problematik wird deutlich, wenn man die geschichtliche Entwicklung der Begriffe Sucht und Abhängigkeit im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation WHO betrachtet.

Zunächst einmal wurden die Begriffe Sucht und Gewöhnung (Habituation) verwendet, um einen exzessiven chronischen Alkoholmißbrauch mit Schäden im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich von einem süchtigen Alkoholtrinken im Sinne eines unwiderstehlichen Verlangens nach der Droge Alkohol abzugrenzen. Als deutlich wurde, daß diese beiden Begriffe in der Praxis kaum voneinander getrennt werden konnten, wurde 1965 von der WHO der Begriff der Drogenabhängigkeit vorgeschlagen. Bei der Diskussion dieses Begriffs sind die Begriffe psychische und physische Abhängigkeit sowie der Begriff des Kontrollverlusts von großer Bedeutung. Auf sie wird später noch eingegangen. Für praktische Zwecke am brauchbarsten erscheint bislang die Definition der WHO von 1952. Sie lautet: "Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche Störungen und Konflikte in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen und ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen."

Wichtig an dieser Definition erscheint vor allem der Hinweis auf Schäden in verschiedenen Lebensbereichen. Unklar bleiben dagegen Begriffe wie exzessives Trinken und der Abhängigkkeitsbegriff, der nicht näher erläutert wird. Ausserdem wird von

manchen Autoren, z.B. Madden (1976) eingewandt, daß diese Definition zu umständlich sei und schlecht im Gedächtnis behalten werden könne. Jellinek (1960) definiert Alkoholismus folgendermaßen: "Unter Alkoholismus versteht man jedweden Gebrauch von alkoholischen Getränken, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt." Diese Definition ist sehr weit gefaßt, wie Jellinek selbst erkannt hat. Er hat deshalb auch in seiner Alkoholismustypologie eine weitere Differenzierung vorgenommen, auf die später noch näher eingegangen wird. Ausserdem hat er noch zwei weitere Grundbegriffe im Zusammenhang mit der Alkoholismusdefinition, nämlich den sog. Kontrollverlust und die Unfähigkeit zur Abstinenz, hervorgehoben.
Als weitere Beispiele von Alkoholismusdefinitionen seien zwei Versuche von Keller zitiert. Er schreibt: "Alkoholismus ist eine psychische oder physische Abhängigkeit von Äthanol, die sich in einem Verlust der Kontrolle über Beginn und Beendigung des Trinkens (Kontrollverlust) äußert und verursacht wird durch ...." (Keller 1960, S. 127). An anderer Stelle schreibt er: "Alkoholismus ist eine chronische Krankheit, die sich in wiederholter spezifischer Art zu trinken manifestiert und zu einer Schädigung der Gesundheit sowie sozialer und ökonomischer Verhältnisse führt." (Keller 1960, S. 128).
Es hat nun wenig Sinn, die Reihe von Alkoholismusdefinitionen weiter fortzusetzen, sondern es soll nun versucht werden, wichtige Begriffe im Zusammenhang mit der Alkoholismusdefinition zu beschreiben und zu analysieren.

2.1.2 Alkoholismus und Gewöhnung

Im Zusammenhang mit Alkoholismus kann Gewöhnung verschiedenes bedeuten. Einmal kann Gewöhnung als eine körperliche Anpassung an häufige und hohe Dosen von Alkohol verstanden werden. Diese Anpassung erfolgt sowohl in den einzelnen Organsystemen wie z.B. der Leber, aber auch in den einzelnen Zellen z.B. des zentralen Nervensystems. Gewöhnung in diesem Sinne meint also die Toleranzentwicklung.

In der Lerntheorie versteht man unter Habituation eine allmähliche Abschwächung der Reaktion auf einen wiederholt dargebotenen Reiz (Clauss 1976). Dieses Phänomen ist hier jedoch im Zusammenhang mit Alkoholismus nicht gemeint. Unter dem Aspekt der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit erscheint die sog. Gewohnheitsbildung von Bedeutung. Alkoholtrinken wird allmählich zum selbstverständlichen Bestandteil verschiedener Handlungsabläufe wie Essen, Entspannen oder mit anderen Personen Zusammensein. Dabei steht Alkoholtrinken nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit und des bewußten Handelns, sondern geschieht eher beiläufig.
Von den verschiedenen Lerntheorien (vgl. Hilgard und Bower 1970) geht die Lerntheorie von Hull am stärksten auf den Begriff der Gewohnheit ein. Beim Lernen am Erfolg kommt es zu einer Verringerung einer Bedürfnisspannung (subjektiv als Befriedigung erlebt), welche zu einer Koppelung zwischen situativen Reizen, dem Verhalten und dem inneren Reiz z.B. einen Hungerreiz führt. Wiederholte Koppelungen führen zu einer Verstärkung der Reaktionstendenz, d.h. das Gewohnheitspotential nimmt zu im Sinne einer größeren Wahrscheinlichkeit und Schnelligkeit für die Ausführung der betreffenden Reaktion. Die Auslösung der fraglichen Reaktion (z.B. des Alkoholtrinkens), hängt ab von dem sog. Gewohnheitspotential und von der z.Zt. bestehenden Bedürfnisspannung als Antriebsmoment. Das Produkt aus der Bedürfnisspannung D und dem Gewohnheitspotential H bestimmt das aktuelle Reaktionspotential (vgl. Yates, 1970). Das Gewohnheitspotential kann u.U. eine lange Lerngeschichte haben und bezüglich der verschiedenen Situationen eine starke Reaktionsgeneralisierung erfahren.

Das Hauptproblem eines solchen Ansatzes besteht darin, daß Alkoholtrinken und die Alkoholwirkung auch als Teil komplexer Verhaltensprozesse aufgefaßt werden kann und als Basis oder Hintergrund für verschiedenste Verhaltensweisen von angenehmen

Phantasien bis hin zu Konflikten und aggressiven Auseinandersetzungen dienen kann. Es kann also unterschieden werden zwischen Alkoholtrinken als spezifischem Verlangen und der Alkoholwirkung im Zusammenhang mit anderen Verhaltensweisen und Zuständen. Alkoholtrinken als Gewohnheit meint die Erscheinung, daß der Ablauf des Trinkens so stark in andere Verhaltensprozesse eingebettet ist, daß das Trinken nicht im Zentrum bewußten Handelns steht und automatisch erfolgt.

Eine in diesem Sinne verstandene Gewohnheitsbildung wird meist als eine Entwicklungsphase hin zur Alkoholabhängigkeit angesehen. Ob eine solche Gewohnheitsbildung auch notwendige Voraussetzung ist für die Ausbildung einer Alkoholabhängigkeit bleibt jedoch ein offenes Problem.

2.1.3 Kontrollverlust

Der Begriff des Kontrollverlusts hat in der Alkoholismusliteratur verschiedene Auslegungen erfahren und zu einer Reihe von Verwirrungen und Kontroversen beigetragen (vgl. Keller 1972, Maisto u. Schefft 1977, Pattison, Sobell u. Sobell 1977). Deshalb erscheint es erforderlich, auf diesen Grundbegriff der Alkoholabhängigkeit näher einzugehen.

2.1.3.1 Das Konzept des Kontrollverlusts bei Jellinek

1952 definierte Jellinek den Begriff des Kontrollverlusts folgendermaßen: "Loss of control means that any drinking of alcohol starts a chain reaction which is felt by the drinker as a physical demand for alcohol. This state, possibly a conversion phenomen, may take hours or weeks for its full development; it lasts until the drinker is too intoxicated or sick to ingest more alcohol. The loss of control is effective after the individual has started drinking, but it does not give rise to the beginning of a new drinking bout. The drinker has lost the ability to control the quantity once he has started, but he can still control whether he will drink on

any given occasion or not." (Jellinek 1952, S.679 f).
Für die Entwicklung dieser Definition wichtig sind die Einflüsse der Anonymen Alkoholiker (AA) und die Ergebnisse mit den sog. "Grapevine"-Fragebogen, der erstmals 1946 an 98 Alkoholiker der AA zur Anwendung kam und dann in einer revidierten Version an 2000 AA-Mitgliedern überprüft wurde. Die Ergebnisse dieser Erhebung gehen in die Arbeit von 1952 ein, die sich hauptsächlich mit den Entwicklungsphasen beschäftigt.
Ätiologisch wird der Kontrollverlust auf rein physiologische Vorgänge zurückgeführt. Jellinek nimmt einen Zusammenhang mit physischen Entzugserscheinungen an, was später noch näher ausgeführt wird. Die Phänomene der Unfähigkeit zur Abstinenz, d.h. des Problems der Wiederaufnahme des Trinkens und das unwiderstehliche Verlangen nach Alkohol (craving) werden in der damaligen Arbeit nicht diskutiert (vgl. auch Keller 1972, Maisto und Schefft 1977).
1955 wurde von der WHO ein Bericht eines Expertenkomitees veröffentlicht, auf den Jellinek entscheidenden Einfluß hatte. Dabei ging es hauptsächlich um die Frage, inwieweit Alkoholismus als Krankheit anzuerkennen sei. In dem Bericht werden zwei Grundphänomene herausgestellt, nämlich einmal die Unfähigkeit, dem Trinken nach einer Periode der Abstinenz zu widerstehen (inability to abstain) und zum anderen der Kontrollverlust (loss of control). Dieser wird folgendermaßen charakterisiert: ... the drinker finds himself impelled to continue drinking on continually higher levels until he is stopped by external or internal factors." (WHO 1955, S. 8)
Die Wiederaufnahme des Trinkens nach einer abstinenten Periode wird mit situativen Variablen, mit psychischen Konflikten und mit physiopathologischen Bedingungen, aber nicht mit physischer Abhängigkeit in Zusammenhang gebracht. Dagegen wird der Kontrollverlust im Sinne eines Nichtaufhörenkönnens auf ein physisch bedingtes Verlangen nach Alkohol zurückgeführt. Dieses physische Verlangen wird als "craving" bezeichnet.

Die Position Jellineks 1960: Der Kontrollverlust wird nun als charakteristisch für die Gamma-Alkoholiker angesehen, während für die Delta-Alkoholiker das Spiegeltrinken und die Unfähigkeit zur Abstinenz charakteristisch sei. Bei den Gamma-Alkoholikern gäbe es diese Unfähigkeit zur Abstinenz nicht. Diese können nach einem Trinkexzess einige Tage oder Wochen trocken sein.
Der Kontrollverlust bei Gamma-Alkoholikern müsse nicht auf jeden Fall auftreten, wenn der Alkoholabhängige zu trinken beginne. Unter welchen Bedingungen ein solcher Kontrollverlust auftrete und unter welchen Bedingungen nicht, bleibt jedoch bei Jellinek ungeklärt.
Der Kontrollverlust entwickle sich allmählich nach jahrelangem exzessivem Alkoholkonsum und stelle sich allmählich ein. Er sei charakterisiert durch Symptome wie Tremor der Finger und der Lippen, durch motorische Unruhe und manchmal auch durch Wahnvorstellungen. Diese Symptome verschwinden, wenn der Alkoholiker wieder Alkohol zu sich nimmt, jedoch nur für eine kurze Zeit, danach müsse er erneut Alkohol trinken. Dies setze sich solange fort, bis der Alkoholkranke keinen Alkohol mehr aufnehmen könne oder bis das Trinken durch äußere Umstände abgebrochen werde.
Ätiologisch nimmt Jellinek an, daß dem Kontrollverlust ein physiopathologischer Mechanismus zugrundeliege. Im Gegensatz dazu nimmt er bei der Unfähigkeit zur Abstinenz d.h. bei dem Problem der Wiederaufnahme des Trinkens nach einer Abstinenzperiode an, daß dabei psychische Faktoren eine größere Rolle spielen, auch wenn soziale und physische Faktoren dazu beitragen können.
Problematisch an der Konzeption des Kontrollverlusts nach Jellinek erscheinen folgende Punkte:
1.) Jellinek (1960) behauptet, daß für die amerikanische Erscheinungsform des Alkoholismus der Gamma-Alkoholiker mit dem dafür typischen Kontrollverlust charakteristisch sei. Das bedeutet, daß der Gamma-Alkoholismus am häufigsten auftreten müsse und damit auch der Kontrollverlust. Keller (1972) wendet dagegen ein, daß die Definition des Kontrollverlusts als Nichtaufhörenkönnen nicht den Verhaltensweisen von Alko-

holabhängigen, d.h. vor allem nicht für den Gamma-Alkoholiker typisch sei. Dieser Kontrollverlust sei ein AA-Mythos, der für das Therapieziel der Abstinenz sinnvoll sei, aber nicht empirisch belegt werden könne.
2. Die Behauptung Jellineks, daß neben der Unfähigkeit,mit dem Trinken rechtzeitig aufzuhören (Kontrollverlust), der Gamma-Alkoholiker volle Kontrolle über den Beginn des Trinkens habe, widerspreche jeder Erfahrung mit Alkoholikern (Keller 1972). In einem diagnostischen Gespräch mit einem Patienten kann der Kontrollverlust nur schwer erfragt werden. Eine Antwort auf entsprechende Fragen kann idealtypisch so aussehen, daß der Alkoholabhängige erzählt, er habe schon öfters versucht, nur ein paar Gläser zu trinken, und er habe dann gegen seinen Willen soviel getrunken, bis er völlig betrunken gewesen sei oder kein Alkohol mehr zur Verfügung gestanden habe. In vielen Fällen kann der Abhängige keine so klaren Angaben machen.

2.1.3.2 Die Vorstellungen von M. Keller zum Kontrollverlust

Keller (1972) unterscheidet ebenfalls wie Jellinek und wie Marconi (zit. in Keller 1972), auf den er sich bezieht, zwei Grundphänomene der Alkoholabhängigkeit, nämlich die Unfähigkeit mit dem Trinken aufzuhören, das Nichtaufhörenkönnen (inability to refrain) und zum anderen die Unfähigkeit zur Abstinenz (inability to abstain). Keller interpretiert aber die Unfähigkeit mit dem Trinken aufzuhören, d.h. also den Kontrollverlust, in anderer Weise als Jellinek und Marconi: "The AA-Slogan "One drink away from drunk" is that if an alcoholic takes a drink, he can never be sure he will be able to stop before he loses control and starts on a bout." (Keller 1972, S. 160).
Keller subsumiert beide Grundformen der Alkoholabhängigkeit, nämlich die Unfähigkeit zur Abstinenz und die Unfähigkeit rechtzeitig aufhören zu können unter den Begriff des Kontrollverlusts. Er sieht den Kern der Alkoholabhängigkeit jedoch nicht in dem Kontrollverlust im engeren Sinne, d.h. in der Unfähigkeit, mit dem Trinken rechtzeitig aufzuhören. Das Wesen der Alkoholab-

hängigkeit bestehe darin "that an alcoholic does not always have the choice of whether he will take the first drink or not, or whether he will start to drink, be it with or without the rationalization that it is to be just one drink or two. For that is precisely the nature and the essence of the addication." (Keller 1972, S.160).
Die Unfähigkeit zur Abstinenz wird von Keller als eine gelernte oder konditionierte Reaktion angesehen. Er spricht von diskriminativen Stimuli und Signalen, die dazu führen, daß der Alkoholabhängige wieder beginnt zu trinken. Diese Stimulus-Situationen werden jedoch nicht näher beschrieben.

Kritik:
1.) Ähnlich wie die Definition von Jellinek gibt Keller keine Bedingungen an, unter denen die Unfähigkeit zur Abstinenz auftritt. Damit ist eine empirische Überprüfung nicht möglich.
2.) Die klinische Relevanz einer solchen Definition für die Therapie oder Theorie der Alkoholabhängigkeit bleibt völlig ungeklärt.

2.1.3.3 Differenzierung des Begriffs Kontrollverlust durch Glatt

Glatt (1967) nahm an, daß der Kontrollverlust erst dann in Aktion trete, wenn eine bestimmte kritische Grenze des Blutalkoholspiegels überschritten wird. Unterhalb dieser Schwelle würden psychologische, situative und soziokulturelle Faktoren einen größeren Einfluß auf das Trinken ausüben. Erst dann wenn diese kritische Schwelle überschritten wird, kommt den physiologischen Faktoren die größere Bedeutung für die aktuelle Entstehung des Kontrollverlustes zu. In einer anderen Arbeit von Glatt 1976 wird der Gedanke eines kritischen Blutalkoholspiegels jedoch wieder fallengelassen. Er definiert nun den Kontrollverlust in subjektiver Weise ähnlich wie Keller und sagt, daß ein Alkoholiker mit Kontrollverlust sich nie sicher sein kann, daß er in der Lage ist, mit dem Trinken aufzuhören, wenn er einmal damit begonnen hat.

Ähnlich wie bei den Konzepten von Keller und Jellinek bleibt auch bei Glatt offen, unter welchen Bedingungen ein Kontrollverlust auftritt und unter welchen Bedingungen dieser nicht auftritt. Für diagnostische Zwecke ist diese sehr vage Definition des Kontrollverlusts ebenfalls wenig brauchbar.

2.1.3.4 Empirische Ergebnisse zum Kontrollverlust

Gegen die Hypothese, der Kontrollverlust sei durch physische Entzugserscheinungen bedingt, die nach den Beginn des Alkoholtrinkens auftreten würden und deshalb zu weiteren Alkoholtrinken führe, werden von Paredes, Seymur u. Gollob (1977) 70 Literaturstellen angeführt, die gegen diese Hypothese sprechen. Dagegen sprechen eine Fülle von Untersuchungen für eine situative Abhängigkeit der Kontrolle über den eigenen Alkoholkonsum. Die Autoren kommen in ihrer Übersichtsarbeit zu folgendem Schluß: "The available evidence suggests that subjectively perceived uncontrolled drinking appears to be much more a function of environmentals determinants than internal physiological mechanism." (Paredes et al 1977, S. 101)
Als Beispiel für eine experimentelle Untersuchung, welche den Kontrollverlust im engeren Sinne in Frage stellt, sei eine Arbeit von Marlatt et al (1973) erwähnt. Marlatt konnte zeigen, daß die Menge Alkohol, die in einer Laborsituation getrunken wurde, stärker abhängig ist von der Information, ob das Getränk Alkohol enthält oder nicht, als vom tatsächlichen Alkoholgehalt. Das Getränk war so zusammengestellt, daß geschmacklich nicht feststellbar war, ob es sich um Alkohol handelte oder nicht. Wenn den Alkoholabhängigen gesagt wurde, daß es sich um Alkohol handle, haben diese mehr getrunken als beim vermeintlich oder echt nicht alkoholischen Getränk; auch mehr als eine Kontrollgruppe von Nichtalkoholikern.
In anderen Untersuchungen (Ludwig u. Mitarb. 1978) konnte gezeigt werden, daß bei Alkoholikern eine partielle Störung der Steuerungsfähigkeit des Alkoholkonsums vorliegt. Bei der Aufgabe, einen bestimmten Alkoholspiegel einzuhalten, erzielten die Alkoholabhängigen schlechtere Leistungen als eine Gruppe von Kontrollpersonen. Welche Ursachen und Bedingungen dabei

eine Rolle spielen, bleibt in diesen Untersuchungen allerdings offen.

2.1.3.5 Diskussion

1. Die beschriebenen Konzepte zum Kontrollverlust sind insgesamt wenig operationalisiert. D.h. es läßt sich nicht angeben, unter welchen Bedingungen Kontrollverlust auftritt und unter welchen Bedingungen dies nicht der Fall ist.

2. Der Kontrollverlust läßt sich bestenfalls für eine relativ kleine Gruppe von Alkoholikern verwenden, die nicht identisch zu sein scheint mit der Gruppe der Gamma-Alkoholiker. Die Unfähigkeit zur Abstinenz gilt nicht nur für die Delta-Alkoholiker.

3. Für eine Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit hat das Konzept des Kontrollverlusts bislang keine Bedeutung gewinnen können.

4. Der Kontrollverlust erscheint zu spezifisch auf Drogenabhängigkeit zugeschnitten. Ungenügende Kontrolle über innere Impulse ist ein allgemeines Phänomen, z.B. bei inneren Impulsen der Wut oder der Angst oder auch im Zusammenhang mit den sog. Tätigkeitssüchten. Diese allgemeinere Bedeutung des Kontrollverlusts wird jedoch nicht erörtert.
Für das Konzept des Kontrollverlusts ergeben sich eine Reihe, z.T. alternativer Erklärungsmöglichkeiten:
1. Der Kontrollverlust kann als eine konditionierte Reaktion verstanden werden, um physische Entzugserscheinungen zu kompensieren. (Standpunkt von Jellinek 1960 und Ludwig et al. 1974, 78)
2. Der Kontrollverlust besteht in einem neurophysiologischen Mechanismus, der die Kontrollfunktionen des ZNS abschwächt. Deshalb können Trinkimpulse nicht mehr gesteuert werden.
3. Der Kontrollverlust ist ein psychisches Phänomen, das in der Unfähigkeit besteht, einen insgesamt angenehmen Zustand oder die Erwartung eines solchen Zustandes abzubrechen, bevor nicht eine psychische oder physische Erschöpfung eingetreten ist.

Es erscheint naheliegend, daß beim Kontrollverlust psychische und physische Faktoren der Alkoholwirkung eng zusammenarbeiten. Als Arbeitshypothese ließe sich vorstellen, daß durch die Alkoholwirkung psychische Kontrollfunktionen des Trinkens und andere Funktionen erheblich herabgesetzt werden. Außerdem erscheint es für den Alkoholabhängigen wenig angenehm, den Zustand der Alkoholwirkung als bereits eingetretenes oder erwartetes Wohlbefinden aufzugeben und dann dafür Entzugserscheinungen oder aversive psychische Zustände in Kauf nehmen zu müssen.

2.1.4 Psychische Abhängigkeit

"Als psychische Abhängigkeit bezeichnet man das unwiderstehliche Verlangen nach einer weiteren periodischen oder dauernden Einnahme der Droge, um Lust zu erzeugen oder Mißbehagen zu vermeiden". (Feuerlein 1975, S. 5)
Bei genauerer Betrachtung dieser Definition ergeben sich eine Reihe von Fragen: Ist psychische Abhängigkeit gleichzusetzen mit dem englischen Begriff "craving"? Ist das Verlangen nach Alkohol immer und überall unwiderstehlich? Ist Abhängigkeit nicht eine kontinuierlich abgestufte Dimension von Null bis total abhängig, wo liegt dann die Grenze zwischen kontrolliertem Trinken und süchtigem Trinken? u.a.
Bei der obigen Definition und anderen ähnlichen Definitionen (z.B. Christiani und Stübing 1977) geht es um eine grundsätzliche Charakterisierung der psychischen Abhängigkeit, die für praktische Zwecke der Verständigung durchaus ausreicht. Wenn man jedoch versucht, für wissenschaftliche Zwecke eine solche Definition zu operationalisieren, so stößt man sehr schnell auf eine Reihe von Problemen. Eine systematische Analyse der psychischen Abhängigkeit wird in Abschnitt 2.2 versucht.
Wichtig erscheint, daß psychische Abhängigkeit kein zu beobachtendes spezifisches Trinkverhalten darstellt, sondern eine Schlußfolgerung, die sich aus einer Reihe von Beobachtungen über das Trinkverhalten in verschiedensten Situationen und unter verschiedensten Umständen ergibt. Psychische Abhängigkeit

ist demnach ein hypothetisches Konstrukt oder ein"Superzeichen", das aus einer Reihe mehr oder weniger für Alkoholismus spezifischer Einzelsymptome (Trinkverhalten und alkoholbedingte Schäden) erschlossen wird (s.Abschnitt 2.2).

2.1.5 Physische Abhängigkeit

Sehr viel leichter, weil unmittelbar beobachtbar, ist die Definition der physischen Abhängigkeit. Darunter versteht man die Adaption körperlicher Funktionen und Organsysteme an das Vorhandensein von Alkohol. Wird Alkohol abgesetzt, dann treten eine Reihe körperlicher und psychischer Erscheinungen auf, die als Alkoholentzugssyndrom bezeichnet werden. Das somatische Untersyndrom umfaßt neurologische, vegetative und gastrointestinale Störungen, zu dem psychischen Untersyndrom gehören in schweren Fällen Ängste, Halluzinationen, vermehrte Reizbarkeit, Gedächtnis- und Schlafstörungen u.a. (vgl. Feuerlein 1979).

2.1.6 Problemtrinken und Alkoholmißbrauch

Der Begriff des Problemtrinkens taucht häufig in der neueren angelsächsischen Literatur auf und findet in der BRD bislang wenig Verwendung. Dieser Begriff wird z.B. von Plaut (1967, S. 37) folgendermaßen definiert: "Problem drinking is a repetative use of beverage alcohol causing physical, psychological, or social harm to the drinker or to other." Problemtrinker sind demnach also nicht Leute, die trinken, weil sie Probleme und Konflikte haben, sondern ihr Alkoholtrinken führt zu Problemen und zu Schäden verschiedenster Art bei dem Trinker selber oder bei anderen.
Interessant erscheint die Frage, wie dieser Begriff so weite Verbreitung vor allem in den USA finden konnte. Der Begriff des Problemtrinkens entwickelt sich aus der Kritik am Krankheitskonzepts Alkoholismus und hat zunächst eine Reihe von Vorteilen aufzuweisen:

- Er erscheint weniger diskriminierend als Begriffe der Sucht und der Abhängigkeit.

- Er bezieht sich ausschließlich auf Schäden und Konflikte, auf die es ja letztlich ankommt und enthält keine weiteren Schlußfolgerungen wie bei der Sucht, z.B. das unwiderstehliche Verlangen nach Alkohol oder der Kontrollverlust.
- Er umfaßt sowohl einen wiederholten Alkoholmißbrauch als auch die Alkoholabhängigkeit.
- Er kommt einem offensichtlichen Bedürfnis entgegen, nicht alle Leute mit Alkoholproblemen als alkoholabhängig und als alkoholkrank anzusehen.

Mit dem Begriff des Problemtrinkens hat man zwar all die vorher angesprochenen Probleme umgangen, ohne jedoch zentralen Phänomenen der Alkoholabhängigkeit wie dem Kontrollverlust oder der psychischen Abhängigkeit näher gekommen zu sein. Problematisch ist vor allem, daß mit diesem Begriff eine einheitliche Gruppe von Störungen vorgetäuscht wird, in die auch die Alkoholabhängigkeit eingeordnet wird. Damit aber wird der Begriff des Problemtrinkens klinisch wenig brauchbar und stark überdehnt. Im klinischen Bereich kommt es gerade darauf an, die eigentlich abhängigen Alkoholiker, die einer Therapie bedürfen, zu unterscheiden von solchen Personen, die einen wiederholten chronischen Alkoholmißbrauch betreiben und bei denen auch Schäden auftreten können, die aber durch eigene Einsicht oder nach einer entsprechenden Aufklärung über den Zusammenhang von Alkoholtrinken und dessen Schäden durchaus in der Lage sind, ihr Trinken wieder von selbst unter Kontrolle zu bringen.
Das Ausmaß der alkoholbedingten Schäden und die Alkoholabhängigkeit im Sinne einer mangelnden Kontrollfähigkeit über den Alkoholkonsum können nicht als unabhängig voneinander angesehen werden. Wenn die Schäden ein größeres Ausmaß erreicht haben, spricht dies für eine Alkoholabhängigkeit.
Man geht dabei davon aus, daß der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Schäden entweder verdrängt wird oder als Ausdruck mangelnder Fähigkeit zur Problem- und Konfliktbewältigung angesehen werden kann.

Der Begriff Alkoholmißbrauch wurde bereits einige Male verwendet, ohne ihn definiert zu haben. Christiani und Stübing (1977) definieren: "Unter Drogenmißbrauch versteht man jede ohne ärztliche Indikation herbeigeführte Drogenaufnahme in den Körper, ohne bereits abhängig zu sein."
Diese Definition geht zu sehr von der ärztlichen Indikation aus. Demnach würde jeder, der Alkohol trinkt, ohne daß ihm dies ein Arzt verordnet hat, Alkoholmißbrauch treiben. Bei dieser Definition hat man jedoch sicher ausschließlich an nicht sozial übliche Rauschmittel und an Medikamente gedacht. Feuerlein (1975, S.3) definiert folgendermaßen: "Unter Alkoholmißbrauch soll ein gegenüber den jeweiligen soziokulturellen Normen überhöhter Konsum von Alkohol verstanden werden. Ein Alkoholmißbrauch kann auch dann vorliegen, wenn Alkohol bei unpassenden Gelegenheiten, z.B. im Straßenverkehr, getrunken wird, wobei die dabei konsumierten Mengen unter denen liegen können, die bei anderen Situationen durchaus toleriert werden. Ein Mißbrauch ist ferner anzunehmen, wenn es durch die Alkoholwirkung zu vorübergehenden deutlich sichtbaren Veränderungen der psychischen und/oder physischen Funktionen des Konsumenten kommt (z.B. Rauschzustand)."
Meines Erachtens sollte sich der Begriff Drogenmißbrauch stärker an den dadurch hervorgerufenen oder zu erwartenden psychischen und physischen Schäden orientieren. Der Begriff Alkoholmißbrauch erscheint vor allem wichtig, wenn es sich um vorübergehende Schäden und Funktionsstörungen handelt. Alkoholmißbrauch ist darüber hinaus ein Oberbegriff für jedes Alkoholtrinken, daß unabhängig von soziokulturellen Normen zu vorübergehenden oder chronischen Schäden entweder beim Alkoholtrinkenden selbst oder bei anderen führt. Was allerdings im psychosozialen Bereich als Schaden angesehen wird, ist sicherlich in hohem Maße auch abhängig von sozialen Normen.

2.1.7 Primärer und sekundärer Alkoholismus

Diese Unterscheidung geht vom Verhältnis zwischen Alkoholismus und anderen psychiatrischen Störungen aus. Von primären Alko-

holismus wird gesprochen, wenn vor Beginn des Alkoholmißbrauchs keine deutlichen psychiatrischen Störungen aufgetreten sind. Ein sekundärer Alkoholismus liegt dagegen vor, wenn sich in der Vorgeschichte vor Beginn des chronischen Alkoholmißbrauchs bereits psychiatrische Störungen manifestiert haben (Schuckit 1973, u.a.). Über ursächliche Zusammenhänge zwischen Alkoholismus und einer anderen psychiatrischen Störung wird damit nichts ausgesagt, sondern grundlegend ist für die Unterscheidung lediglich der zeitliche Verlauf der Symptomentwicklung.
Unklar bleibt die Bedeutung dieser Unterscheidung von primären und sekundären Alkoholismus für die Therapie der Alkoholabhängigkeit. Wenn Alkoholmißbrauch als Teil einer psychopathologischen Störung, z.B. einer Neurose oder einer Soziopathie angesehen werden kann und diese Störung geheilt werden kann, dann müßte z.B. kontrolliertes Trinken wieder möglich sein. Dem entspricht auch die Vorstellung, jedes Trinkverhalten ist gelerntes Verhalten, und gelerntes Verhalten kann prinzipiell auch wieder verlernt werden. Letztlich lassen sich in dieser Frage jedoch nur durch empirische Untersuchungen Fortschritte erreichen (vgl. Kraemer 1979).

2.1.8 Alkoholismus und Krankheit

Im Rahmen der Diskussion über Alkoholismusdefinitionen nimmt die Frage, ob Alkoholismus als Krankheit zu verstehen sei, einen breiten Raum ein. Diese Frage hat für die soziale Einstellung zur Behandlung von Alkoholikern enorme Bedeutung. (Entwicklung von Therapieprogrammen, Bezahlung der Kosten u.a.). Hier geht es jedoch nicht um die praktische Bedeutung dieser Frage, sondern um das grundsätzliche Problem, was die Anerkennung von Alkoholismus als Krankheit für die inhaltliche Definition der Alkoholabhängigkeit bedeutet.
Das Dilemma dieser Diskussion in der Literatur beginnt damit, daß der Krankheitsbegriff für sich schon unklar und schwer zu definieren ist. Der Krankheitsbegriff kann ver-

schieden eng bzw. weit aufgefaßt werden. Die allgemeine Diskussion betraf und betrifft nicht nur die Alkoholabhängigkeit, sondern alle psychischen Störungen, angefangen von Erziehungsschwierigkeiten mit Kindern, sozialen Ängsten, Zwangssymptomen bis hin zur Psychose.
Im Zentrum der Diskussion stand meist ein eingeengtes medizinisch-naturwissenschaftliches Krankheitsmodell, das entweder einem tiefenpsychologisch, psychosomatischen Krankheitsmodell oder in Ablehnung des Krankheitsmodells überhaupt den Begriff des normabweichenden Verhaltens gegenüber gestellt wurde (Szasz 1961 , Keupp 1972 , Antons 1977). Auf dieses weite Feld der Diskussion kann hier im Einzelnen nicht weiter eingegangen werden.
Zur weiteren Charakterisierung des Krankheitsbegriffes wird zwischen grundsätzlichen Kriterien des Krankheitsbegriffes und seinen Funktionen für den Kranken selbst wie auch für die Gesellschaft unterschieden.
Wichtige Grundkriterien einer Definition von Krankheit sind folgende:
1. Krankheit definiert durch das Ausmaß körperlicher, psychischer und sozialer Schäden und der Beeinträchtigung der Arbeits- und der Genußfähigkeit. Vor allem bei der Beurteilung der Genußfähigkeit sind die jeweils gültigen Normen und Vorstellungen von großer Bedeutung.
2. Krankheit definiert durch die Steuerungsfähigkeit der kranken Person gegenüber dem Krankheitsprozess.
3. Krankheit definiert als Normabweichung, sei es als normabweichende körperliche Funktion oder als normabweichendes Verhalten.
4. Krankheit definiert durch bestimmte Prozesse und Zustände, die als Ursache der Krankheit verstanden werden, z.B. Organveränderungen, somatische Funktionsstörungen u.a.
Keines dieser Kriterien allein ist ausreichend für die Bestimmung des Krankheitswertes einer Störung. Nur die Zusammenschau dieser Kriterien und der nachfolgend diskutierten Funktionen

des Krankheitsbegriffes für den Einzelnen und für die Gesellschaft kann zu einer überzeugenden und immer, vor allem bei psychischen Störungen, historisch relativierten Festlegung des Krankheitswertes einer Störung führen.

Die psychischen und sozialen Funktionen des Krankheitsbegriffes laßen sich folgendermaßen einteilen:
1. Entlastung des Kranken von sozialen Pflichten, z.B. der Arbeit, und partiell oder vollständig von anderer sozialer und moralischer Verantwortung.
2. Krankheit als Zeichen der Behandlungsbedürftigkeit: Dieses Kriterium ist in besonderer Weise auch abhängig von den jeweils vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten.
3. Krankheit als Entlastung der mit dem Kranken zusammenlebenden oder dafür verantwortlichen Personen.

Nach dieser allgemeinen Diskussion des Krankheitsbegriffes nun wieder zurück zum Alkoholismus. Jellinek gilt als einer der konsequentesten Verfechter des Krankheitskonzepts im Bereich der Alkoholabhängigkeit. Bei seinem Begriff von Krankheit scheinen Überlegungen zur Ätiologie eine größere Rolle zu spielen und nicht so sehr Fragen des Krankheitswertes der Störung Alkoholismus. Er hält letzlich daran fest, daß physiopathologische Faktoren vorhanden sein müssen, damit von Krankheit gesprochen werden könne. Solche physiopathologischen Faktoren lägen lediglich bei den Gamma-Alkoholikern mit dem zentralen Phänomen des Kontrollverlustes vor und bei den Delta-Alkoholikernmit ihren physischen Entzugserscheinungen und der Adaptation des Organismus an die Droge Alkohol. Alpha-, Beta- und Epsilon-Alkoholiker werden dagegen nicht als krank angesehen. (Jellinek 1960).
Das Krankheitskonzept des Alkoholismus hat in den letzten Jahren eine umfassende Kritik erfahren. (vgl. Robinson 1972, Roman und Trice 1968, Pattison, Sobell und Sobell 1977 u.a.). Keller (1976) hat eine Reihe von Gründen und Argumenten zusammengestellt, die von Kritikern des Krankheitskonzeptes immer wieder vorgetragen werden:

- Alkoholismus als Krankheit bedeute Annahme des medizinischen Krankheitsmodells mit der Vorstellung, es handle sich um die Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als einer vorwiegend biologisch bedingten Störung.
- Alkoholismus als Krankheit bedeute Exkulpation für Trunkenheit und Aufgabe des Gedankens der Selbstverantwortung. Bei einer Alkoholismustherapie komme es aber gerade darauf an, die Selbstverantwortung und die Selbstkontrolle zu stärken.
- Alkoholismus als Krankheit bedeute, daß der Alkoholiker keine Kontrolle über sein Alkoholtrinken habe. Dies sei gleichbedeutend mit der Anerkennung der Abstinenz als dem ausschließlichen Therapieziel. Kontrolliertes Trinken sei damit nicht vereinbar.
- Alkoholismus als Krankheit führe zu einer sozialen Diskriminierung. Verschiedene Formen der Alkoholabhängigkeit rechtfertigen es nicht von einer Krankheitseinheit zu sprechen.

Ein großes Problem beim Krankheitskonzept Alkoholismus ist m.E. die Frage der Selbstkontrolle und Selbstveratwortung, die nicht nur bei der Entstehung der Alkoholabhängigkeit eine Rolle spielen kann, sondern auch bei der Behandlung. Die Rolle eines Patienten bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist eine ganz andere als die eines Patienten bei einem selbstverschuldeten Unfall. Bei der Heilung eines Knochenbruchs ist die Selbstkontrolle von keiner praktischen Bedeutung, nicht dagegen bei der Therapie der Alkoholabhängigkeit. Das gleiche Problem stellt sich insgesamt bei allen psychischen Störungen. Sinnvoll erscheint nur von einer partiellen Unfähigkeit zur Einsicht und Selbstkontrolle und damit von einer partiellen Schuldunfähigkeit zu sprechen, die für juristische Fragestellungen im Einzelfall geklärt werden muß.

Ein weiterer wichtiger Einwand gegen die Kritik des Krankheitskonzeptes ist die Frage einer Alternative. Lerntheoretische Konzepte oder sonstige theoretische Erklärungsversuche berühren

nicht unbedingt die Frage des Krankheitskonzepts. Das alternative Konzept, psychische Störungen als normabweichende Verhaltensweisen anzusehen, bedarf letztlich einer weiteren inhaltlichen Klärung. Die zentrale Frage ist dabei, inwieweit ein von der bewußten Steuerung der Person unabhängiger Krankheitsprozeß angenommen wird, für den der Kranke keine Verantwortung hat, oder inwieweit dem Alkoholiker Verantwortung für sein Trinkverhalten zukommt. Letzterer Standpunkt ist Grundlage eines moralisch-willentlichen Konzepts der Alkoholabhängigkeit. Die Tatsache, daß sich dieses Alternativkonzept, die Alkoholabhängigkeit als moralisches Problem oder als Problem der Willensanstrengung anzusehen, so lange und immer noch in der Laienauffassung über die Alkoholkrankheit halten konnte, spricht für dessen Bedeutung als einem wichtigen Aspekt des Alkoholmißbrauchs. Wenn eine moralisierende Haltung einen Einfluß auf den Alkoholmißbrauch ausüben kann, dann kommt ihm eine gewisse Berechtigung zu, weil damit aufgezeigt wird, daß das Alkoholtrinken einer sozialen Kontrolle unterliegt. Dieser soziale Einfluß kann im Vorfeld der Alkoholabhängigkeit eine Bedeutung haben; Alkoholabhängige zeichnen sich aber gerade dadurch aus, daß soziale Kontrolle nicht zu einer dauerhaften Einschränkung des Trinkens geführt hat.

Ein weiterer Aspekt ergibt sich aus der Frage, ob Alkoholismus lediglich Symptom eines zugrundeliegenden Krankheitsprozesses ist oder ob das Verhalten, nämlich ein unkontrolliertes Trinken, bereits die Krankheit selbst darstellt. Mit dieser Frage wird auf ätiologische Bedingungen der mangelhaften Kontrolle des Alkoholtrinkens abgezielt. Dieses Problem erscheint auch wichtig für die Frage, welche Dimensionen für die Alkoholabhängigkeit als zu verändernde Bedingungen in einer Therapie entscheidend sind.

Unter allgemeinen systemwissenschaftlichen Gesichtspunkten kann Fehlverhalten als Störung erster Ordnung durch äußere Umstände, d.h. lerntheoretisch durch Umweltkontigenzen, bedingt sein. Von Störungen zweiter Ordnung kann man sprechen, wenn die Verhaltensprogramme als solche ungünstig oder fehlerhalft aufgebaut sind. Psychische Störungen können im allgemeinen als Störungen zweiter Ordnung aufgefaßt werden. Auch wenn man von der Annahme ausgehen kann, daß bei Alkoholikern eine biochemische Funktionsstörung des Alkoholmetabolismus oder der biologischen Alkoholwirkung vorliegt, so bleibt unter der Voraussetzung, daß dieser biochemische Defekt bislang nicht behoben werden kann, in einer entsprechenden Verhaltensprogrammierung der entscheidende Therapieansatz.
Es erscheint zumindest plausibel, daß die Kontrolle über den Alkoholkonsum mit der Fähigkeit zur Selbstkontrolle zusammenhängt. Ein häufig erwähntes Charakteristikum der Alkoholikerpersönlichkeit ist ja die mangelhafte Impulskontrolle (vgl. Abschnitt 2.3.). Von psychodynamischer Seite wird häufig auch auf orale Tendenzen als Charakteristikum der Alkoholabhängigen hingewiesen. Solche Tendenzen sind aber auch bei anderen Störungen von großem Einfluß und wenig spezifisch. Dies gilt auch für verschiedene andere psychodynamische Hypothesen zur Entstehung der Alkoholabhängigkeit (s. Abschnitt2.7.4.2). Nur das Zusammenwirken verschiedenster Störungen in verschiedenen Bereichen kann eventuell eine oder mehrere für die Alkoholabhängigkeit spezifische Bedingungsmuster ergeben. Bislang war die Forschung zur Alkoholikerpersönlichkeit jedoch erfolglos. Die Alkoholabhängigkeit wird allgemein und ziemlich unpräzis unter psychodynamischen Gesichtspunkten als Ich-Störung bezeichnet. Darin deutet sich an, daß es vermutlich keine spezifischen Konfliktinhalte sind, die für Alkoholabhängigkeit typisch sind, sondern die Unfähigkeit, mit Konflikten und Impulsen umzugehen, so daß es zu keinen größeren Störungen mit anderen und mit sich selbst kommt.

Wenn süchtiges Alkoholtrinken lediglich ein Symptom einer zugrundeliegenden Störung wäre, dann müßte es auch durch andere Symptome ersetzt werden können. Eine solche Austauschbarkeit besteht bei manchen Alkoholikern in einem Ersatz durch Medikamente. Oder es treten bei einigen Abhängigen im Sinne einer Symptomverschiebung z.B. Phasen des Heißhungers auf.

Auf die Gegenüberstellung eines traditionellen Modells der Alkoholabhängigkeit und eines sich langsam neu entwickelnden Modells, wie es von Pattison, Sobell und Sobell (1977) vorgestellt wurde, kann hier verzichtet werden, da auf verschiedene Einzelfragen, wie das Problem der Homogenität der Alkoholikergruppe sowie den Grundphänomen der psychischen und physischen Abhängigkeit sowie des Kontrollverlusts bereits ausführlich eingegangen worden ist.

2.1.2 Wissenschaftstheoretische Analyse des Alkoholismusbegriffs

2.1.2.1 Nominaldefinition, Realdefinition und Begriffsexplikation

Die traditionelle Definitionslehre unterscheidet seit langem zwischen Nominaldefinition und Realdefinition (vgl. Essler 1970 , Möller 1976). Unter einer Nominaldefinition versteht man die Einführung eines Begriffs durch Gleichsetzung mit bestimmten anderen sprachlichen Ausdrücken. Eine Nominaldefinition ist nicht mehr als eine sprachliche Konvention, wodurch eine mehr oder weniger lange Reihe von Ausdrücken durch einen Begriff ersetzt werden kann. Eine Nominaldefinition kann weder wahr noch falsch sein. Den Begriff, der definiert werden soll, bezeichnet man als Definiendum; den Ausdruck, der durch den Begriff ersetzt wird, nennt man Definiens. Zwei Kriterien sind für eine Nominaldefinition typisch, nämlich erstens die Eliminierbarkeit des Definiendum und zweitens die Nichtkreativität. Das Kriterium der Eliminierbarkeit erfüllen nur explizite oder totale Definitionen, nicht dagegen sog. partielle Definitionen.

In Realdefinitionen werden Aussagen über das Wesen des bezeichneten Objekts gemacht, welche damit wahr oder falsch sein kann. Der Ausdruck "Wesen" läßt sich besser durch den Ausdruck wissenschaftliche Zweckmäßigkeit ersetzen.
Eine Nominaldefinition dient der Vereinheitlichung und Präzisierung der Wissenschaftssprache. Die Vereinheitlichung stellt vor allem in der psychiatrischen Diagnostik ein erhebliches Problem dar und trifft auch, wie wir oben gesehen haben, auf das Problem der Alkoholismusdefinition zu.
Eine solche Nominaldefinition könnte in formaler Darstellung folgendermaßen aussehen.
Alkoholabhängigkeit = S1, S2, S3 ... Sn
Danach wird man immer dann von Alkoholabhängigkeit sprechen, wenn die Symptome S1 bis Sn vorliegen oder bestimmte andere Kombinationen von Symptomen (Syndrome). Diese Nominaldefini-

tion kann dann für praktische Zwecke noch in eine Wahrscheinlichkeitsaussage abgewandelt werden.
Jedes Symptom trägt mit einer gewissen spezifischen Wahrscheinlichkeit zur Alkoholismusdiagnose bei. Wenn die Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Grenze übersteigt, wird man sinnvollerweise von Alkoholabhängigkeit sprechen. Diese Form der Definition und Diagnose sagt jedoch wenig über die Alkoholabhängigkeit im Sinne einer Realdefinition aus, welche bspw. für die Entwicklung der verschiedenen Testdimensionen von Bedeutung sein könnte. Ein weiterer Grund für eine Realdefinition besteht in einer zweckmäßigen Abgrenzung des Begriffs Alkoholabhängigkeit, zweckmäßig vor allem hinsichtlich der Einordnung als therapieerfordernde Krankheit und hinsichtlich des z.Z. jedenfalls weitgehend dominierenden Therapieziels der Abstinenz.
Unter einer Realdefinition versteht man den Versuch, Aussagen über das Wesen des zu definierenden Begriffs bzw. Objekts zu machen. Während eine Nominaldefinition nicht wahr oder falsch sein kann, kann eine Realdefinition mehr oder weniger gut auf den Gegenstand, der definiert werden soll, passen oder anders ausgedrückt, eine Realdefinition kann in Abhängigkeit von der Zweckmäßigkeit mehr oder weniger äquivalent sein.
Von einer Definition im engeren Sinne wird schließlich noch eine Begriffsexplikation unterschieden, welche den bisherigen Sprachgebrauch und die verschiedenen Definitionsversuche analysiert. Eine solche Begriffsexplikation wurde in den vorhergehenden Abschnitten versucht.

2.1.2.2 Alkoholabhängigkeit als Dispositionsprädikat

In der Wissenschaftstheorie unterscheidet man zwischen theoretischer Sprache und Beobachtungssprache, die aus direkt beobachtbaren Variablen besteht. Die Alkoholabhängigkeit ist nun nicht direkt beobachtbar, sondern gehört zur theoretischen Wissenschaftssprache, die über sog. Zuordnungsregeln mit empirischen Aussagen in Beziehung gesetzt werden muß. Kriterium der empirischen Signifikanz sind also diese Zuordnungsregeln.

Bei dem Versuch einer Realdefinition taucht das Problem der Operationalisierung auf. Alkoholabhängigkeit als Merkmal einer Person kann als ein Dispositionsprädekat mit folgender logisch-strukturierter Darstellungsweise aufgefaßt werden: Eine Person X ist genau dann abhängig, wenn X unter der Bedingung S die Reaktion R zeigt.
Als erstes ergibt sich dann das Problem, die Bedindgungen S festzulegen, unter denen die Reaktionen R, nämlich das Alkoholtrinken auftritt. Es gibt nun mehrere Möglichkeiten diese Bedingungen festzustellen.
1. Wer im sog. Kontrollverlust die entscheidende Bedingung der Alkoholabhängigkeit sieht, wird als Bedingung S z.B. den berühmten ersten Schluck festlegen und als Reaktion R das Alkoholtrinken bis zum Punkt der körperlichen und psychischen Erschöpfung oder bis zur Beendigung durch äußere Einflüsse. Oder wer von der subjektiven Definition des Kontrollverlusts ausgeht, wird als Reaktion R das Gefühl oder Urteil der Sicherheit angeben, mit der jemand glaubt, wieder aufhören zu können, wenn er einmal angefangen hat zu trinken.
2. Eine andere Überlegung geht von dem Grundgedanken aus, daß Alkoholabhängigkeit in einem Alkoholtrinken besteht trotz der dadurch bedingten körperlichen, psychischen und sozialen Schäden. Die Bedingungen S sind also zunächst darin zu sehen, daß alkoholabhängige Schäden aufgetreten sind. Diese Bedingungen allein genügen jedoch nicht. Wenn jemand nicht weiß, daß die Fettleber durch seinen chronisch exzessiven Alkoholkonsum bedingt ist, hat er natürlich auch keinen Grund mit dem Trinken aufzuhören. Das bedeutet, eine solche operationale Definition ist eigentlich nur dann möglich, wenn prinzipiell Einsicht besteht, daß die Schäden alkoholbedingt sind. Kompliziert wird diese Situation durch die häufig anzutreffende Verleugnungstendenz bei Alkoholikern.
Wenn ein Zusammenhang zwischen dem hohen Alkoholkonsum und den aufgetretenen Problemen, Konflikten und Schäden festgestellt wird, besteht die erste Reaktion natürlich darin, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Wer dies von sich dauerhaft aus kann, wird nicht als alkoholabhängig bezeichnet werden können.

Man könnte diese Gruppe als Problemtrinker im eigentlichen Sinn bezeichnen. Alkoholabhängige sind dagegen jene, die von sich aus d.h. ohne Änderung der Persönlichkeit nicht abstinent werden oder kontrolliert trinken können. Das bedeutet für die Alkoholismusdefinition eine Erweiterung der Bedingungen S um die Bedingung, daß jemand bereits versucht hat, kontrolliert zu trinken und ihm dies nicht gelungen ist.
Ausserdem ist deutlich geworden, daß mit dem Alkoholtrinken R ein Alkoholmißbrauch gemeint ist, der zu weiteren Schäden führt oder bestehende Schäden verstärkt oder aufrechterhält. Die erweiterte operationale Definition für Alkoholabhängigkeit lautet demnach: Eine Person X ist alkoholabhängig genau dann, wenn sie erstens trotz bestehender alkoholbedingter Schäden im körperlichen, psychischen oder sozialen Bereich, zweitens trotz bestehender Einsicht in den Zusammenhang zwischen Schäden und Alkoholtrinken und drittens trotz Versuchen, kontrolliert zu trinken, weiterhin Alkohol in einem Maße trinkt, daß solche Schäden verstärkt, aufrechterhalten oder wieder entwickelt werden. Eine Kurzformel könnte daher lauten: Alkoholabhängigkeit ist ein Alkoholtrinken trotz deutlicher Schäden, so daß diese Schäden aufrechterhalten oder verstärkt werden.
Einsicht und Schäden sind sicher nicht unabhängig voneinander. Damit ist gemeint, daß jemand bei stärkeren Schäden im psychischen, sozialen und körperlichen Bereich nicht umhin kommt, einen Zusammenhang anzunehmen, es sei denn, er nimmt eine Verleugnungshaltung ein. Nur in Fällen leichterer Schäden, bei denen der Zusammenhang für einen Laien nicht deutlich wird, kann Einsicht in solche Zusammenhänge fehlen.

2.1.2.3 Analyse des Prädikats "alkoholabhängig"

Von der WHO wurde im Jahre 1955 der Begriff der Sucht durch Abhängigkeit ersetzt. Es ist kein Zufall, daß der Begriff Abhängigkeit auch in psychodynamischen Theorien zur Alko-

holismusentwicklung auftaucht und dort eine grundlegende Charakterisierung des Alkoholkranken darstellt. Die psychodynamischen Theorien des Abhängigkeitskonflikts als Grundlage des Alkoholismus gehört zu den wichtigsten Theorieansätzen der Alkoholabhängigkeit (vgl. Abschnitt 2.3.3).
In einer wissenschaftstheoretischen Analyse ist das Prädikat alkoholabhängig zunächst zweiwertig: Person X ist abhängig von Y, in unserem Falle von einer Substanz Y. Wenn A das Zeichen für das Prädikat "abhängig" darstellt, dann ergibt sich in formaler Schreibweise "Axy".
Wenn nun jemand Diabetiker ist und regelmäßig Insulin spritzen muß, dann ist er in gewisser Weise davon abhängig. Aber man fragt sofort, wofür er oder wogegen er Insulin spritzen muß. Der Satz "Jemand ist abhängig von Insulin" müßte also erweitert werden um ein Wofür bzw. Wogegen oder um einen Nebensatz, der mit umzu ...." beginnt. Abhängigkeit ist demnach mindestens ein dreiwertiger Prädikatsbegriff; in formaler Darstellungsweise: "Axyz".
Dieser Umzu-Nebensatz weist auf die Frage der Motivation hin sowie auf die Alkoholwirkung. Alkoholtrinken ist in dieser Sichtweite stärker zielbestimmt. Im Gegensatz dazu ist der Begriff "süchtig" wenig zielorientiert, sondern meint ein nicht kontrollierbares Verlangen nach Alkohol, einen mehr oder weniger zwanghaften Impuls, einen irgendwie erworbenen Trieb, dessen Ziel nicht erkennbar ist und der als Ich-fremd oder widersinnig erlebt wird.
Abhängig kann jemand von einer Sache oder einer Person in sehr unterschiedlichem Ausmaße sein. Das Problem besteht dann in der Festlegung von Kriterien, die zeigen sollen, wann die Alkoholabhängigkeit einen solchen Grad erreicht hat, daß bei unveränderten Lebensumständen eine Selbstregulation unwahrscheinlich ist. Dieser Grad der Abhängigkeit läßt sich z.T. am Ausmaß der Schäden ablesen, aber auch an den ergebnislosen Versuchen, mit dem Alkoholproblem fertig zu werden.

2.1.2.4 Zusammenfassung der wissenschaftstheoretischen Analyse

Auch unter wissenschaftstheoretischen Aspekten der Alkoholismusdefinition wird deutlich, daß es nicht die Alkoholismusdefinition gibt, sondern daß diese abhängig ist von der Fragestellung oder von verschiedenen Zweckmäßigkeitsüberlegungen.
Es haben sich drei Ansätze ergeben:
1. Die Zentrierung um eine Nominaldefinition. Dieser Ansatz erscheint für die Diagnostik, über Symptome zu einer Definition zu kommen, durchaus sinnvoll.
2. Alkoholabhängigkeit als Dispositionsprädikat mit dem Versuch einer Spezifizierung der Bedingungen, unter denen abhängiges Trinkverhalten sich zeigt.
3. Eine Analyse des Prädikatbegriffs alkoholabhängig. Dabei ist wichtig, daß dem Trinken eine Funktion zukommt. Auch wenn der Impuls zum Trinken aus einem biologischen Zustand heraus erklärt werden mag, der als äußerst unangenehm erlebt wird, ergibt sich unter therapeutischen Gesichtspunkten die Frage, wie solche unangenehmen Zustände kontrolliert und bewältigt werden können.

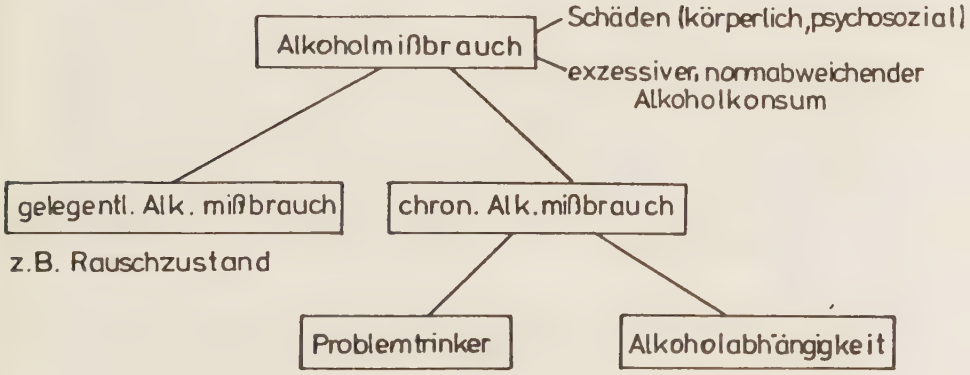
2.1.3. Zusammenfassung der Erörterung und Analyse der Alkoholismusdefinition

1. Die Definition des Begriffs Alkoholabhängigkeit ist abhängig von der jeweiligen Fragestellung bzw. vom jeweiligen praktischen Anwendungsbereich, wofür die Definition Geltung und praktische Relevanz haben soll. Eine Definition ist also immer relativ zum Anwendungsbereich zu beurteilen.
2. Die Schwierigkeit einer Alkoholismusdefinition hängt damit zusammen, daß Abhängigkeit bzw. der Verlust der Kontrolle über das Alkoholtrinken kein unmittelbar zu beobachtendes Verhalten ist, sondern als ein Konstrukt aus verschiedenen Verhaltensweisen, aus dem Alkoholkonsum, aus den alkoholbedingten Schäden und aus der Einstellung zu diesem Problem erschlossen werden muß.
3. Aus der Erörterung der verschiedenen Definitionsansätze ergibt sich das Bedürfnis zwischen zwei Gruppen von Alkoholikern zu unterscheiden, nämlich einen Kern von Alkoholabhängigen im engeren Sinne, früher als Süchtige bezeichnet, und einer Gruppe mit Trinkproblemen, die häufig im angloamerikanischen Raum als Problemtrinker oder z.T. auch als Gewohnheitstrinker bezeichnet werden. Die Abgrenzung dieser beiden Gruppen erscheint als ein schwieriges, noch nicht gelöstes Problem.
4. Wissenschaftstheoretisch betrachtet gibt es zwei formale Ansätze zu einer Alkoholismusdefinition. Das ist einmal der Versuch einer Nominaldefinition und zum anderen der Versuch einer Realdefinition. Beide Ansätze vermischen sich in den verschieden dargestellten Definitionsversuchen.
5. Den beiden formalen Ansätzen zur Definitionsbildung entsprechen zwei Vorgehensweisen: Der Nominaldefinition entspricht der Versuch, Alkoholismus durch möglichst alkoholspezifische Symptome und Syndrome zu erfassen. Dabei geht es um eine mehr probabilistische Zuordnung von Symptomen und Diagnose. Der Realdefinition entspricht der Versuch,

das Konstrukt Alkoholabhängigkeit zu operationalisieren. Der Kern einer operationalen Definition der Alkoholabhängigkeit besteht darin, daß jemand trinkt, obwohl langfristig und kurzfristig betrachtet Schäden auftreten, sich verstärken oder aufrechterhalten werden. Daraus wird auf eine partielle Unfähigkeit der Kontrolle über den eigenen Alkoholkonsum (Unfähigkeit zur Abstinenz, Kontrollverlust i.e.S.) geschlossen, welche als Alkoholabhängigkeit bezeichnet wird.

6. Folgende Einteilung des Alkoholmißbrauchs erscheint sinnvoll:

Abb. 1: Arten des Alkoholmißbrauchs



Folgerung für die Entwicklung eines Fragebogens:
Bei den verschiedenen Definitionsversuchen haben relativ alkoholspezifische Verhaltensweisen wie z.B. ein Kontrollverlust oder heimliches Trinken einerseits und alkoholbedingte Schäden andererseits die größte Bedeutung. Beide Bereiche sollten als Beurteilungsdimensionen der Alkoholabhängigkeit erfaßt werden.

2.2. Alkoholismustypologien

2.2.1 Problematik typologischer Einteilungen

Zunächst einmal ist begrifflich zwischen einer Typologie und einer Klassifikation zu unterscheiden (vgl. Baumann 1971). Bei einer Klassifizierung ist eine eindeutige Zuordung eines Elementes zu einer Klasse möglich im Sinne einer Entweder/Oder Entscheidung, ohne daß wie bei einer Typeneinteilung von einer mehr oder weniger großen Ähnlichkeit zwischen dem einzuordnenden Element und der Klasse ausgegangen werden kann. Die große Beliebtheit von Typologien hängt damit zusammen, daß durch sie eine Vielfalt von Erscheinungen in ein Ordnungsgefüge gebracht wird, so daß eine ökonomische Beschreibung und Einordnung erfolgen kann. Informationstheoretisch geht es dabei um eine Reduzierung von Informationen. In die Beschreibung verschiedener Typen gehen in der Regel eine Vielfalt von Einzelinformationen ein, die dann mit der jeweiligen Bezeichnung zu einem bestimmten Typ verbunden sind. Wenn man nun von einem bestimmten Menschen weiß, daß er beispielsweise zum Typ der Introvertierten gehört, dann sind mit dieser Typisierung bestimmte Merkmale verbunden, die eine Vorstellung über die Einstellungen und Verhaltensweisen dieser Person vermitteln.

Ein anderes Grundproblem besteht darin, wie einzelne Individuen oder Elemente einem Typ zugeordnet werden können. Individuen sind den verschiedenen Typen einer Typologie mehr oder weniger ähnlich. Das hat zur Folge, daß man diese Ähnlichkeit erfaßt und dann entsprechend der größten Ähnlichkeit eine Zuordnung trifft. Dabei kann es aber vorkommen, daß ein Individuum keinem Typ eindeutig zugeordnet werden kann.

Unklar ist oft der Status einer Typologie. Damit ist die Frage gemeint, ob die verschiedenen Typen Idealtypen sind, die in der Realität nicht vorkommen oder ob es sich um Durchschnittstypen verschiedener Gruppen handelt, deren Individuen bezüglich

bestimmter Merkmalsdimensionen erfaßt werden.
Einteilungsgesichtspunkte einer Typologie des Menschen gibt es theoretisch unendlich viele (vgl. Helwig 1967). Welche man auswählt hängt hauptsächlich von der Problemstellung ab, für die man sich durch die Typeneinteilung eine leichtere Beantwortung verspricht. Damit erscheint jede Typeneinteilung als ein theoretisches Konstrukt, dessen Bezug zu den realen Individuen durch Zuordnungsregeln bestimmt werden muß.

2.2.2 Begründung für die Entwicklung von Alkoholismustypologien

Bei der Alkoholismusdefinition wurde bereits zwischen Alkoholmißbrauch als Oberbegriff, dem Problemtrinken und der Alkoholabhängigkeit unterschieden. Nun geht es um die Frage, ob die Gruppe der Alkoholabhängigen verschiedene Untergruppen aufweist.
Die empirischen Untersuchungen zur Alkoholabhängigkeit erbrachten bislang wenig einheitliche Ergebnisse (s.z.B. Feuerlein 1979). Wenn man sich fragt, woran dies liegen könnte, dann kann man zunächst methodische Probleme einer reliablen und validen Erfassung der Variablen anführen. Oder man führt an, daß die entscheidenden Variablen, die Einfluß z.B. auf den Therapieerfolg haben, bislang in den Untersuchungen noch nicht erfaßt wurden. Oder man fragt sich, ob nicht deshalb die Ergebnisse so heterogen sind, weil es verschiedene Alkoholikergruppen gibt, die letztlich nicht vergleichbar sind.
Die Erwartungen an eine Alkoholismustypologie entsprechen i.w. zwei globalen Fragestellungen und klinischen Erfahrungen:
1.) Die unterschiedliche Ansprechbarkeit auf eine Therapie kann mit verschiedenen Alkoholismustypen oder mit unterschiedlichen Entwicklungsphasen der Alkoholabhängigkeit im Zusammenhang gebracht werden.
2.) Für Indikation und Prognose sind die erwähnten Aspekte der Entwicklungsphase und des Alkoholismustyps vermutlich von großer Bedeutung.

Zwei grundsätzliche Ansätze zeigen sich in der Entwicklung von Alkoholismustypologien, nämlich einmal eine theoretische Ableitung aus klinischen und z.T. auch empirisch belegten Erfahrungen, wie es z.B. Jellinek versucht hat, und zum anderen Versuche einer empirisch-statistischen Gewinnung von Alkoholismustypologien mittels Faktorenanalyse oder Clusteranalyse.
Inhaltlich können ebenfalls zwei Ansätze unterschieden werden: Alkoholismustypologien können einmal hauptsächlich auf Daten zum Trinkverhalten und zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit beruhen, zum anderen gibt es eine Reihe von Typologien, die auf Persönlichkeitsmerkmalen aufbauen (unspezifische Typologieansätze).
Einen Überblick über die Vielzahl von Typologien geben Bowman und Jellinek (1941) und Antons (1977).
Wir beschränken uns hier darauf, nur die in der Literatur einflußreichsten Modelle darzustellen und gehen davon aus, daß die grundlegenden Beurteilungsaspekte auch bei dieser beschränkten Anzahl von Typologieversuchen auftreten.

2.2.3 Theoretisch oder klinisch-empirisch abgeleitete Alkoholismustypologien.

2.2.3.1 Die Typologie nach Jellinek

Die Jellinek'sche Typologie ist die wohl bekannteste aller Alkoholismustypologien und hat sicherlich die weiteste Verbreitung gefunden.
Jellinek (1960) unterscheidet vier Typen von Alkoholikern.
1. Alpha-Trinker: Das sind sog. Erleichterungstrinker oder Konflikttrinker. Das Wirkungstrinken betrifft den Abbau von psychischen Konflikten und psychosomatischen Streßzuständen. So werden z.B. Hemmungen durch Alkohol abgeschwächt. Es liegt eine psychische Abhängigkeit vor, jedoch keine physische Abhängigkeit. Die auftretenden Schäden beziehen sich auf Störungen persönlicher Beziehungen mit anderen. Es kann auch zu finanziellen Schwierigkeiten, zu gelegentlichem Fehlen bei der Arbeit und zu einer abgeschwächten Produktivität kommen. Entzugserscheinungen treten nicht auf.
2. Beta-Trinker: Sog. Gelegenheitstrinker, die in Gesellschaft häufig und viel trinken. Soziokulturelle Einflüsse spielen eine große Rolle. Es kann zu Schäden kommen wie einer Polyneuropathie, Gastritis oder Leberzirrhose, ohne daß eine physische oder psychische Abhängigkeit vom Alkohol vorliegt.
Aus dem Beta-Alkoholismus kann sich ein Gamma-oder Delta-Alkoholismus entwickeln. Eine solche Entwicklung ist aber weniger wahrscheinlich als beim Alpha-Alkoholismus.
3. Gamma-Trinker: Sog. süchtige Trinker mit erheblicher psychischer und physischer Abhängigkeit. Vier Kriterien werden von Jellinek dafür angeführt:
a) Eine erhöhte organische Toleranz für Alkohol;
b) ein adaptiver Zellmetabolismus;
c) Entzugssymptome und "Craving", was von Jellinek mit physischer Abhängigkeit gleichgesetzt wird und
d) der Kontrollverlust.
Es kommt hier zu einer progressiven Entwicklung von einer psychischen zu einer physischen Abhängigkeit.

Alpha- und Beta-Alkoholiker können sich unter bestimmten Bedingungen, die von Jellinek allerdings nicht näher bestimmt werden, zu Gamma-Alkoholikern entwickeln.
Später wurde von Jellinek noch ein fünfter Alkoholismustyp hinzugefügt, nämlich der sog. Epsilon-Trinker. Das sind episodische Trinker mit längeren Phasen sozial kontrollierten Trinkens bzw. der Abstinenz.
Eine Analyse dieser Einteilung von Jellinek stößt auf eine Reihe von Fragen und Problemen:
1.) Die Abgrenzung von Alpha- und Gamma-Alkoholikern ist insofern problematisch, als in beiden Fällen eine psychische Abhängigkeit angeführt wird, deren Unterschiede nicht deutlich genug herausgearbeitet werden. Bei den Alpha-Alkoholikern wurde besonders die Trinkmotivation deutlich angesprochen. Das Alkoholtrinken erscheint von daher verständlich und einfühlbar, nicht dagegen bei den Gamma-Alkoholikern.
2.) Zentral für den Gamma-Alkoholismus sei der Kontrollverlust im engeren Sinne sowie die physische Abhängigkeit. Bei der Jellinek'schen Definition der physischen Abhängigkeit vermischen sich jedoch eindeutig somatisch bedingte Entzugserscheinungen und psychische Phänomene wie das unwiderstehliche Verlangen nach Alkohol, das auf physiologische Faktoren zurückgeführt wird, ohne dies jedoch empirisch nachweisen zu können. Ebenso problematisch ist das Phänomen des Kontrollverlusts, wie im vorhergehenden Kapitel diskutiert wurde. Empirische Ergebnisse zum Phänomen des Kontrollverlusts zeigen eindeutig, daß es diese Form des Kontrollverlusts sicher nur bei einer relativ kleinen Gruppe von Gamma-Alkoholikern gibt. Damit entfällt jedoch der Kontrollverlust als wichtiges Kriterium des Gamma-Alkoholismus und die Unterscheidung zum Alpha-Alkoholismus hinsichtlich des Aspekts der psychischen Abhängigkeit ist wieder offen.
Es erscheint sinnvoll, psychische Abhängigkeit sich als ein Kontinuum vorzustellen, auf dem die beiden Alkoholismustypen sich lediglich hinsichtlich des Grades der Alkoholabhängigkeit unterscheiden lassen. Alpha-Alkoholiker könnten dadurch charakterisiert sein, daß sie in erheblichen Konflikt- und

Spannungssituationen Alkohol brauchen, um diese zu bewältigen, nicht dagegen z.B. wenn diese Problemsituationen wegfallen. Bei Gamma-Alkoholikern dagegen genügen schon leichtere Frustrationssituationen oder Situationen der Langeweile und der Leere, so daß sich daraus starke Trinkimpulse entwickeln können. Mit Alpha-Alkoholismus scheint in etwa das gemeint, was von anderen Autoren als sekundärer Alkoholismus angesehen wird (vgl. Schuckit 1973). Aufgrund der bisherigen Erörterungen ergibt sich, daß die Gruppe der Alpha-Trinker keine einheitliche Alkoholikergruppe zu sein scheint, sondern sich zusammensetzt aus

a) den sekundären Alkoholikern mit verschiedenen psychischen Grundstörungen, wie z.B. einer neurotischen Entwicklung, einer endogenen Depression und ähnlichem mehr und

b) solchen Typen, bei denen eine Weiterentwicklung zum Gamm- oder Delta-Alkoholismus erfolgt. Bei welchen Trinkern solch ein progredienter Entwicklungsprozeß einsetzt, kann meines Wissens bislang nicht sicher gesagt werden, auch wenn sich darüber spekulieren läßt, mit tiefenpsychologische Konzepten der Regression in der oralen Phase und ähnlichen psychodynamischen Ansätzen. Bei der Definition des Alpha-Alkoholismus vermischen sich also Aspekte der Entwicklung (aus Alpha-Trinkern entwickeln sich Gamma-Trinker) und Aspekte der Typologie (z.B. primärer versus sekundärer Alkoholismus).

Wenn man versucht, der Unterscheidung von Alpha- und Gamma-Alkoholikern einen Sinn abzugewinnen, d.h. wenn man davon ausgeht, daß diese Unterscheidung von praktischer Relevanz ist, dann könnte man die zugrundeliegende Idee folgendermaßen formulieren: Alpha-Alkoholiker trinken bei lang anhaltendem psychosozialen Streß exzessiv Alkohol, um mit den Problemen und Konflikten fertig zu werden. Gehen diese Konflikte zurück oder werden gelöst, dann geht auch der exzessive Alkoholkonsum wieder auf ein normales Maß zurück. Mit dieser Längsschnittbetrachtung des Alpha-Alkoholismus läßt sich jedoch zu einem bestimmten Zeitpunkt, d.h. im Rahmen einer Querschnittsanalyse, wenig anfangen. Bei einem Gamma-Alkoholismus ist der exzessive Alkoholkonsum nicht fest an das Vorhanden-

sein erheblicher Konflikte und Probleme gekoppelt, die natürlich auch auftreten können und häufig schon als Folge des exzessiven Trinkens in den sozialen Beziehungen sowie im körperlichen Bereich auftreten. Auch zur Bewältigung kleinerer Alltagskonflikte und von kleineren Stimmungsschwankungen und Ängsten benötigen Gamma-Alkoholiker die Alkoholwirkung. Das bedeutet, es liegt insgesamt eine weitaus geringere Frustrationstoleranz vor als bei den Alpha-Alkoholikern.
Empirische Ergebnisse liegen m.W. lediglich zur Unterscheidung von Gamma- und Delta-Alkoholikern vor (Grünberger 1977). Mit dem MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) konnte gezeigt werden, daß die Gamma-Alkoholiker stärker psychopathisch waren (1%-Niveau), während die Delta-Alkoholiker auf den Skalen Hypochondrie und Hysterie signifikant höhere Werte erzielten. Grünberger folgert, daß Delta-Alkoholiker mehr durch körperliche Symptomatik und neurotische Mechanismen charakterisiert sind, während Gamma-Alkoholiker mehr sozialdeviantes Verhalten zeigen. Im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) ergeben sich im Vergleich vom Gamma- und Delta-Alkoholiker weniger signifikante Unterschiede. Insgesamt kommt Grünberger (1977) zu dem Ergebnis, daß Gamma- und Delta-Alkoholiker sich psychodiagnostisch gut differenzieren lassen. Die praktische Brauchbarkeit einer solchen testpsychologischen Differenzierung konnte aber damit m.E. nicht plausibel gemacht werden.

2.2.3.2 Neurotische versus psychopathische Trinker

Neurotische Trinker seien durch eine neurotische Persönlichkeitsstruktur charakterisiert, seies als Charakterneurose, sei es als Symptomneurose. Es lassen sich entsprechende Konflikte aufzeigen, die mit dem Alkoholkonsum in Zusammenhang stehen. Nicht dagegen bei psychopathischen Trinkern, die durch antisoziales Verhalten, durch geringe soziale Beeiflußbarkeit und durch geringe Impulskontrolle gekennzeichnet sind. In der angelsächsischen Kultur wird der Begriff Soziopathie bevorzugt, der stärker mit antisozialem Verhalten assoziiert

ist und nicht wie der Begriff der Psychopathie eine pathologische Persönlichkeit mit überwiegend angeborenen Dispositionen (vgl. K.Schneider 1967) meint.

Nach Schuckit (1973) wird Soziopathie als chronische Störung definiert mit einem Beginn im Alter von jünger als 15 Jahren und mit mindestens vier der folgenden Probleme:

1. Wiederholtes Schulschwänzen, Entfernung oder zeitweiliger Auschluß von der Schule oder wiederholte Raufereien in der Schule.
2. Wiederholtes Fortlaufen für wenigstens eine Nacht.
3. Zwei oder mehr Polizeiverstöße (keine Verkehrsdelikte); vier oder mehr Arreste oder wenigstens eine Verurteilung wegen eines Kapitalverbrechens.
4. Berufliche Anamnese mit wiederholten Entlassungen oder häufigen impulsiven Jobwechsel.
5. Wiederholte Ausbrüche von Wut, häufige Raufereien und Schlägereien.
6. Offenkundige sexuelle Promiskuität, Prostitution oder Kuppelei.
7. Perioden von Wanderlust mit 6 Monaten und mehr ohne danach festvereinbarten Job oder festen Wohnsitz.
8. Hartnäckiges oder wiederholtes Lügen oder Benutzen eines falschen Namens.

Dieser Definitionsversuch der Soziopathie hat den Vorteil, daß er nicht mit ätiologischen Faktoren in Zusammenhang gebracht wird.

Andererseits wäre für eine Therapie von entscheidender Bedeutung, welche ätiologischen Faktoren diesen Verhaltensweisen zugrundeliegen.

Von soziopathischem Alkoholismus spricht Schuckit dann, wenn antisoziale Verhaltensweisen bereits vor Beginn des Alkoholmißbrauchs aufgetreten sind und nicht erst als Folge des chronischen Alkoholmißbrauchs angesehen werden können.

Für die Prognose ergibt sich, daß soziopathische Alkoholiker eine schlechtere Prognose haben als neurotische Alkoholiker.

Die Zusammenhänge zwischen Alkoholismus und Soziopathie bzw. Psychopathie wurden empirisch hauptsächlich mit Hilfe der Psychopathie-Skala des MMPI (Hathaway u. McKinley 1951) erfaßt. Dahlstrom und Welsh (1960) stellen fest, daß eines der durchgängigsten Ergebnisse bei Alkoholikern gegenüber der Norm deutliche erhöhte Psychopathiewerte seien.

Die Untersuchungen von Grünberger (1977) zeigen für Alkoholiker (n=103) die stärkste Normabweichung auf der Psychopathie-Skala (Signifikanz - 0,01) mit deutlichen Tendenzen zu sozialdeviantem Verhalten (Haltlosigkeit, fehlende Kontroll- und Bremsmechanismen). Allerdings ergeben sich auch noch auf 7 weiteren Skalen signifikante Abweichungen von der Norm. Andererseits gibt es einige Autoren, die eine Ähnlichkeit zwischen der Alkoholikerpersönlichkeit, die es als Einheit vermutlich nicht gibt, und der soziopathischen Persönlichkeit wieder in Frage stellen (vgl. Schuckit, 1973).

Rada (1978) hat ausgehend von verschiedenen möglichen Verhältnissen zwischen Soziopathie und Alkoholismus eine eigene Typologie entwickelt. Er unterscheidet:

1.) "The drinking sociopath" (Soziopathie mit Alkoholmißbrauch): Darunter versteht er Soziopathen , die auch Alkoholmißbrauch betreiben, ähnlich wie sie in anderen Verhaltensbereichen impulsiv, selbstzerstörerisch und ohne Schuld und Einsicht sind.

2.) "The alcoholic sociopath": Entscheidendes Kriterium sei hier, daß für eine Soziopathie charakteristische Verhaltensweisen bereits vor Beginn des Alkoholmißbrauchs aufgetreten sind.

Es werden zwei Untergruppen, je nach dem Beginn des Alkoholabusus unterschieden. Gemeinsam sei beiden, daß sie keine erfolgreichen Soziopathen sind, die weder in der kriminellen noch in der bürgerlichen Welt sich zurechtgefunden haben.

Für die eine Gruppe der alkoholabhängigen Soziopathen sei ein früher Beginn des Alkoholmißbrauchs in der Jugend typisch. Exzessiver Alkoholkonsum ist z.T. mit delinquenten Verhaltensweisen verbunden, z.T. aber auch unabhängig von solchen antisozialen Verhaltensweisen. Der Übergang von exzessivem Alkoholkonsum und der Alkoholabhängigkeit geht gewöhnlich schnell vor sich.

Für die zweite Untergruppe ist ein später Beginn (nach dem Alter von 30 Jahren) des Alkoholmißbrauchs typisch. Vorher

war delinquentes Verhalten und antisoziales Verhalten kaum mit Alkoholmißbrauch verbunden. Die kriminelle Karriere ist durch fortschreitende Institutionalisierung, zuerst in Umerziehungsanstalten, Gefängnissen und später in Übergangsheimen oder Heimen für chronische Alkoholkranke ersetzt worden. Häufig kommt es zur Entwicklung von sog. "skid-row"Alkoholikern.

3.) The sociopathic alcoholic.

Soziopathisches Verhalten tritt bei dieser Gruppe von Alkoholikern nicht vor dem 15. Lebensjahr auf. Es zeigen sich jedoch deutliche Persönlichkeitszüge von Soziopathen, wie Impulsivität und Mangel an Einsicht. Andererseits kommt es auch zu Schuldgefühlen, was die Prognose für den Erfolg einer Therapie verbessert. Schwerer Alkoholmißbrauch beginnt in der frühen Jugend.

4.) The primary alcoholic.

Das antisoziale Verhalten ist das Resultat sozialen Abstiegs als Folge der Abhängigkeit. Wenn überhaupt zeigt er nur wenig Züge eines Soziopathen. Im Unterschied zu den anderen Alkoholismustypen zeigt er keine typischen Lebensgeschichte mit antisozialer Verhaltensweisen.

Diskussion:

Soziopathische Persönlichkeitszüge werden allgemein als ungünstige Prognosefaktoren für eine Therapie angesehen (Wieser 1966, Mindlin 1959 u.a.). Eine wichtige Komponente der Soziopathie besteht in einer schlechten Ansprechbarkeit auf soziale Normen, Sanktionen und anderen Einflüssen, die im Regelfall zu einer größeren sozialen Anpassung beitragen. Antisoziales Verhalten erscheint als Folge dieser geringen sozialen Ansprechbarkeit und Beeinflußbarkeit. Natürlich ist antisoziales Verhalten auch abhängig von entsprechend starken inneren Triebimpulsen und mangelnden inneren Kontrollmechanismen. Innere Kontrollmechanismen entstehen entwicklungspsychologisch vermutlich durch Identifizierung mit zunächst äußeren Normen der Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen.

Sofern antisoziale Verhaltensweisen Folge der Abhängigkeitsentwicklung sind, dürften sie für die Alkoholimusbeurteilung hinsichtlich Prognose und Indikation von nur geringer Bedeutung sein. Wenn dagegen primär, d.h. unabhängig von der Alkoholismusentwicklung soziopathische Züge vorliegen, dann handelt es sich um allgemeine Persönlichkeitsdimensionen, die nicht als alkoholspezifisch angesehen werden können. Wie groß die Gruppe von Alkoholikern ist, bei denen solche psychopathischen oder soziopathischen Züge vorliegen, bleibt ungeklärt.

2.2.3.3 Abhängigkeitstypen nach Blane

Ausgehend vom Abhängigkeitskonflikt bei Alkoholikern unterscheidet Blane (1968) drei Typen von Alkoholikern, nämlich die Abhängigen, die Gegenabhängigen und die Abhängig-Unabhängigen. Gegenabhängigkeit bedeutet, daß die Abhängigkeitstendenzen verborgen und verdrängt werden. Dies kann zu Auflehnung und Widerstand und zur besonderen Betonung von Unabhängigkeit und Autonomie führen. Bei den Abhängig-Unabhängigen steht die Abwechslung zwischen Phasen der Abhängigkeit und Phasen der Unabhängigkeit bzw. Gegenabhängigkeit im Vordergrund. Die Bedeutung für Prognose und Indikation dieser drei verschiedenen Typen ist weitgehend unbekannt. Auch inwieweit diesen drei Typen eine entsprechende psychische Entwicklung entspricht, bleibt bei Blane unklar.
Psychodynamisch erscheint der Konflikt zwischen Abhängigkeits- und Autonomietendenzen von eminenter Bedeutung für Einordnung und Verständnis verschiedener Verhaltensweisen, z.B. der anfänglichen Verleugnungstendenz in einer Alkoholismustherapie. Für unsere Aufgabenstellung gilt wiederum, daß es sich überwiegend um nicht alkoholspezifische Konflikte handelt. Der Abhängigkeitskonflikt wird von Blane zum einen als existenzielle Grunddimension angesehen und kann zum anderen auch als eine Entwicklungsphase in der frühen Kindheit betrachtet werden, wenn das Kleinkind noch extrem abhängig von der Mutter bzw. den Eltern ist. Die individuelle

Bewältigung dieses allgemeinen Grundkonflikts auch in späteren Entwicklungsphasen beeinflußt dann die alkoholspezifische Einstellung und Beurteilungsdimensionen. Insofern sind diese allgemeinen Konfliktdimensionen wichtig bei der späteren Auswahl relativ alkoholspezifischer Dimensionen.

2.2.3.4 Zusammenfassung der theoretisch oder klinisch-empirisch abgeleiteten Alkoholismustypologien

1.) Verschiedene Einteilungen gehen von psychiatrischen Syndromen aus, deren Bedeutung für praktisch relevante Fragestellungen wie z.B. der Prognose und der Indikation für eine Therapie bislang nicht aufgezeigt werden konnten. Ähnlich wie bei allgemeinen Persönlichkeitsdimensionen bleibt der Zusammenhang zwischen psychiatrischen Diagnosen bzw. Syndromen auf der einen Seite und dem therapeutischen Prozeß auf der anderen Seite völlig unklar. Lediglich hinsichtlich der Dimension Psychopathie bzw. Soziopathie sind die Ergebnisse und klinischen Erfahrungen relativ einheitlich. Es zeigt sich, daß Alkoholiker mit soziopathischen Zügen eine schlechtere Prognose haben als solche mit neurotischen Zügen.
2.) Wegen des zeitlichen Verlaufs verschiedener Entwicklungsphasen ist es häufig schwierig, zwischen einzelnen Entwicklungsphasen und unterschiedlichen Verlaufstypen zu unterscheiden.
3.) In der Jellinek'schen Typologie spielt die Einteilung nach spezifischen Trinkverhaltensweisen wie z.B. der Kontrollverlust für die Gruppe der Gamma-Alkoholiker eine große Rolle. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den einzelnen Alkoholismustypen scheinen jedoch noch ungelöst.
4.) Für die Abhängigkeitstypologie nach Blane fehlen empirische Untersuchungen sowie auch theoretische Überlegungen, die einen Zusammenhang dieser verschiedenen Typen mit Prognose und Indikation aufzeigen könnten.

2.2.4 Empirisch-statistisch abgeleitete Alkoholismustypologien

2.2.4.1 Strategien zum Auffinden von empirischen Typologien

Der Ablauf einer Strategie für die Entdeckung empirischer Alkoholismustypen läßt sich am besten durch die nachfolgenden Abbildungen zusammenfassend darstellen;

Abb. 2 a: Strategie I zum Auffinden von Typologien

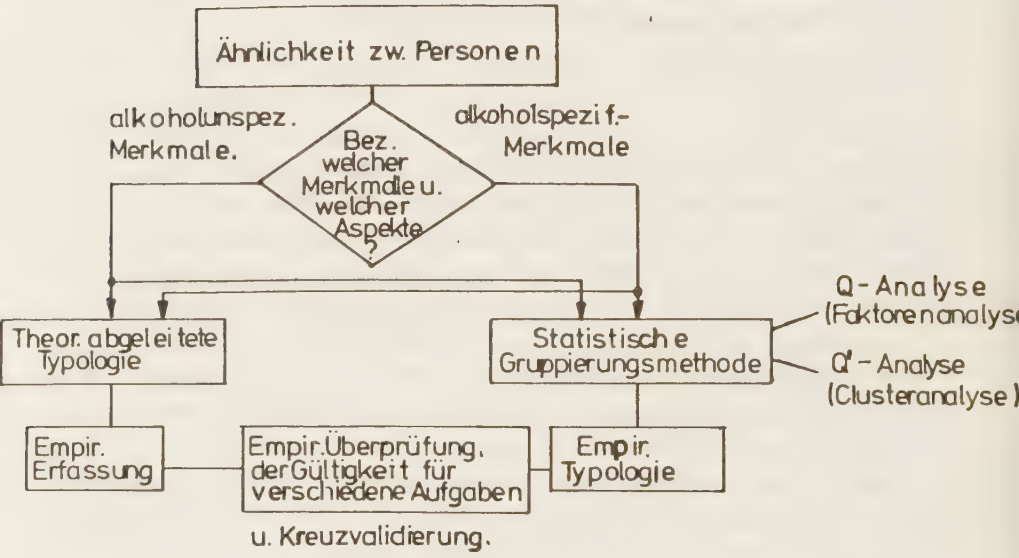
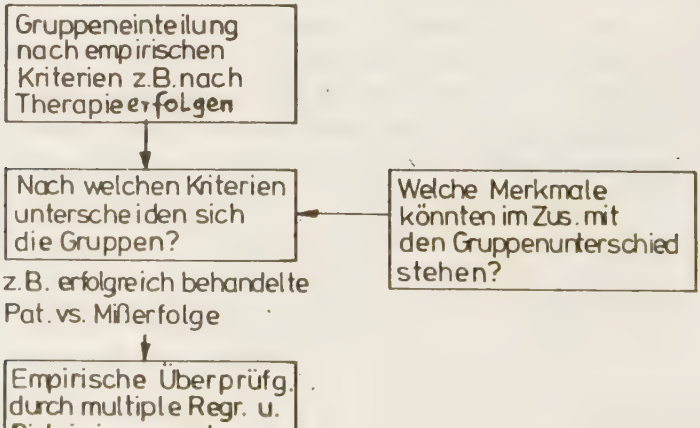


Abb. 2 b: Strategie II zum Auffinden von Typologien



Wie in den beiden Abbildungen dargestellt ist, gibt es im wesentlichen zwei empirische Strategien zum Auffinden von Typen. Bei der Strategie 1 wird so vorgegangen, daß ein Ähnlichkeitsmaß zum Vergleich von jeweils 2 Probanden ausgewählt wird. Dafür gibt es verschiedene Ähnlichkeitskoeffizienten (Baumann 1971). Zuvor jedoch muß klargestellt sein, hinsichtlich welcher Merkmale eine Ähnlichkeit bestimmt werden soll. In der Abbildung ist zwischen alkoholspezifischen und alkoholunspezifischen Merkmalen unterschieden. Empirische Untersuchungen zum Auffinden solcher Merkmalsdimensionen wurden in dem vorhergehenden Abschnitt bereits dargestellt. Die Auswahl dieser Merkmale ist trotz der Benutzung statistischer Verfahren immer noch in hohem Maße abhängig von theoretischen Vorstellungen über die Bedeutung einzelner Merkmale für bestimmte Fragestellungen wie dem Therapieerfolg bzw. einer Indikationsstellung als Kriterium für die Relevanz einer Typologie des Alkoholismus. Wenn jeder Proband hinsichtlich der gleichen Gruppe von Merkmalen bzw. Dimensionen beurteilt worden ist, kann jedem Probanden ein bestimmtes Profil zugeordnet werden. Mit einem Ähnlichkeitskoeffizienten z.B. dem Distanzmaß nach Mahalonibis (vgl. Nunnally 1967) wird dann die Ähnlichkeit zwischen jeweils 2 Profilen bestimmt. Graphisch läßt sich jedes Profil als Punkt in einem n-dimensionalen Raum darstellen, wobei die Zahl der Dimensionen der Zahl der Merkmale entspricht. Für eine statistische Analyse der Ähnlichkeit solcher Profile gibt es zwei Ansätze, nämlich die Faktorenanalyse, die als Q-Analyse (nach Stephenson 1936, zitiert in Baumann 1971) und die Clusteranalyse, die nach Cattell (1957, zitiert in Baumann 1971) als Q-Analyse bezeichnet wird. Bei der Clusteranalyse geht es darum, Dichtezentren in dem n-dimensionalen Merkmalsraum zu finden und abzugrenzen. Dagegen werden bei der Faktorenanalyse aus den Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen den Probanden(erfaßt durch Korrelationen) Faktoren extrahiert, welche die Dimensionen der Ähnlichkeiten zwischen den korrelierten

Profilen der Probanden repräsentieren. Durch die Zuordnung der Probanden zu einzelnen Faktoren oder zu Probandengruppen mit einer bestimmten Lage im Faktorenraum lassen sich dann Typen charakterisieren. Die statistische Analyse ergibt also Typen, deren praktische d.h. klinische Relevanz für bestimmte Fragestellungen aber erst in neuen Untersuchungsschritten überprüft werden muß. Für den Bereich des Alkoholismus ist das zentrale Anliegen einer Typologie die Aussagemöglichkeit für einen Therapieerfolg. Das bedeutet letztlich, daß das entscheidene Kriterium für eine Typologie die Möglichkeiten für eine Indikationsstellung sind (vgl. Antons u. Hampel 1977).
Die Strategie 2 geht im Vergleich zur Strategie 1 den umgekehrten Weg. Ausgangspunkt sind hier empirisch gesicherte Gruppeneinteilungen z.B. nach dem Erfolgskriterium Abstinenz. Dabei stellt sich dann die Frage, nach welchen Merkmalen sich die verschiedenen Erfolgsgruppen voneinander unterscheiden lassen. Wiederum ergibt sich ähnlich wie in Strategie 1 das Problem, welche Merkmale als relevant für die Trennung von erfolgreich und nichterfolgreich behandelten Patienten angesehen werden können. Theoretische Vorstellungen über die Determinanten oder Kausalfaktoren führen zu einer mehr oder weniger spezifischen Auswahl von Merkmalen. Inwieweit es gelingt mit Hilfe dieser Merkmale die verschiedenen Gruppen zu trennen, kann z.B. mit einer Diskriminanzanalyse empirisch-statistisch überprüft werden.
Für die Auswertung der hier dargestellten empirischen Untersuchungen über die Entwicklung eines mehrdimensionalen Fragebogens kommt für die Suche nach Alkoholismustypen nur Strategie 1 in Frage.

2.2.4.2 Beschreibung verschiedener empirischer Untersuchungen

Im Folgendem werden nach einem einheitlichen Schema verschiedene empirische Untersuchungen beschrieben, um die Vergleichbarkeit der verschiedenen Untersuchungen zu erleichtern.

2.2.4.2.1 Untersuchung von Partington und Johnson (1969)

Stichprobe:
186 ambulante männliche Alkoholiker mit einem Durchschnittsalter von 41 Jahren; ca. die Hälfte verheiratet; soziale Schicht: Unter- bis Mittelschicht. Die Gesamtstichprobe wurde in der Untersuchung aufgeteilt in eine Standardisierungsstichprobe von 90 Patienten und in eine Kreuzvalidierungsstichprobe von 96 Patienten.
Daten:
- Daten der äußeren Lebensgeschichte
- Quick-Test zur Schätzung der verbalen Intelligenz
- Form des "differential personality inventory" (DPI) mit 18 Persönlichkeitsstrukturen
- Fremdbeurteilung durch den Psychiater, der die Motivation für die Behandlung, den Grad der Selbsteinsicht, die Prognose, die soziale Stabilität nach der "Strauss-Baken stability scale", den Grad des Neurotizismus sowie den Grad der Persönlichkeitsstörung und des soziopathischen Verhaltens beurteilt.

Vorgehen und Ergebnisse:

1.) Bestimmen einer Leitstruktur (mit der Standardisierungsstichprobe). Dazu wurde der DPI benutzt. Die Profile der Patienten wurden durch ein Profil der den Subskalen zugrunde liegenden Faktoren ersetzt. Eine Faktorenanalyse des DPI ergab folgende Faktoren:

1. Antwortstil (Defensivität, Erwünschtheit)
2. Antisoziale Tendenzen (Feindseligkeit, Zynismus u.a.)
3. Neurotizismus (Hypochondrie, psychosomatische Beschwerden u.a.)
4. "thought disorder" (Depressivität, Impulsivität, psychotische Tendenzen).

Nach diesen Faktoren wurde nun für jeden Patienten ein sog. Faktorwerte-Profil bestimmt. Für jedes Profil wurden dann die Distanzmaße zu allen anderen bestimmt (90x90 Matrix). Die Distanzmaße wurden dann auf ihre zugrundeliegenden Dimensionen reduziert. Anschließend wurde eine Clusteranalyse durch eine Hauptachsen-Q-Faktorenanalyse durchgeführt. Für jeden Cluster wurde schließlich ein Modalprofil bestimmt.

2.) Klassifikation der Patienten:
Nach der größten Ähnlichkeit wurde jedes Profil einem Cluster zugeordnet.

3.) Die Profile der Kreuzvalidierungsstichprobe wurden den Clustern (Modalprofile) zugeordnet. Eine Diskriminanzanalyse wurde berechnet, deren Koeffizienten mit denen aus der Standardisierungsstichprobe verglichen wurden.

4.) Die übrigen Daten wurden dann in einer Diskriminanzanalyse benützt, um die Patienten der gesamten Stichprobe den 5 Clustern oder Typen zuzuordnen.

5.) Die einzelnen Cluster lassen sich folgendermaßen charakterisieren:

Cluster I (20%): Emotional und sozial unstabile Abhängige, denen relativ gleichgültig ist, was andere über sie denken. Häufig zeigten sich bei den relativ jungen Personen auch aggressive und antisoziale Verhaltensweisen.
Cluster II (19%): Mehr konformistische und angepaßte Personen mit gelegentlichen Kontrollproblemen ihres Gefühlsbereichs; hohe verbale Intelligenz mit guter Einsicht in die eigene Konflikt- und Problemsituation; meist schlechte Partnersituation.
Cluster III (10%): Sind vor allem um ihre Gesundheit besorgt; häufig älter, weniger intelligent, weniger gute Ausbildung; sie zeigen noch eine relativ gute soziale Anpassung, ebenso ist die Partnersituation noch relativ stabil; Persönlichkeitsstörungen sind selten; insgesamt zeigen sie geringe Selbsteinsicht und geringe Bereitschaft zur Alkoholabstinenz.
Cluster IV (23%): Sind sozial, psychisch und körperlich gesund und gut angepaßt oder versuchen so zu erscheinen; sie zeigen nur wenig alkoholbedingte Schäden; antisoziales Verhalten ist am geringsten von allen Typen ausgeprägt; insgesamt abwehrende Einstellung bei der Beantwortung von Fragen.
Cluster V(28%): Typisch für die durchschnittliche Alkoholikerpopulation; keine so ausgeprägten sozialen oder psychischen Störungen; größere Häufigkeit von Trinkperioden und größere durchschnittliche Trinkmengen.

2.2.4.2.2 Untersuchung von Evenson, Altmann, Sletten, Knowls (1973)

Stichprobe:
146 Patienten, zufällig ausgewählt als jeder 7. Patient einer größeren Stichprobe; 13,7 Prozent Frauen; 22 Prozent auch mit anderem Drogenmißbrauch.
Statistische Verfahren:
1. Faktorenanalyse der Hauptkomponentenmethode, Varimax-Rotation, 11o Variable.
2. Q-Analyse
3. Diskriminanzanalyse

Ergebnisse:
Gruppe 1: Jüngere Patienten, verheiratet, beschäftigt, häufig in der primären Familiengruppe
Gruppe 2: Ältere Patienten ohne Beschäftigung, leben vorwiegend allein, aber auch mit Freunden, neigen dazu ständig zu trinken und machen mehr unbrauchbare Antworten im Fragebogen.
Gruppe 3: Primär weibliche Alkoholiker; leben mit ihrem Ehepartner zusammen oder mit Verwandten; trinken häufiger bei Freunden; positiv motiviert für eine klinische Behandlung; negativ eingestellt gegenüber den Anonymen Alkoholikern.

2.2.4.2.3 Untersuchung von Shelly und Goldstein (1976)

Stichprobe:
150 Patienten in der Hauptuntersuchung; 50 Patienten in der katamnestischen Untersuchung.
Daten:
Neuropsychologische Testbatterie mit insgesamt 21 Testskalen für die Bereiche Wahrnehmung, motorische und kognitive Fähigkeiten (WAIS)
10 Markierungsvariable aus diagnostischen und demographischen Daten
Statistische Verfahren:
Spezielle Art der Clusteranalyse: "K-means" process (von McQueen 1967); multiple Regressionsanalyse mit den Clustern als der abhängigen Variable und den Markierungsvariablen als den unabhängigen Variablen (Prädiktoren)

Ergebnisse:
10 Cluster, davon waren 5 trivial, da nur 1 oder 2 Patienten auf diese entfielen.
144 Patienten konnten in 5 Cluster eingeteilt werden.
Gute Prädiktoren waren Ausbildung (in Jahren), Alter bzw. Trinklänge, sozioökonomischer Status und organisches Psychosyndrom.
Ergebnisse der katamnestischen Untersuchungen: In die Untersuchung konnten nur noch 32 von 50 einbezogen werden. In Cluster 5 waren die Abstinenzraten größer und die durchschnittliche Abstinenzdauer länger als in 2 anderen Clustern.

2.2.4.2.4 Untersuchung von Antons und Hampel (1977)

Stichprobe:
56 männliche Patienten einer Alkoholfachklinik
Daten:
Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), der Giessen-Test, 3 Skalen eines Intelligenztests (LPS), Trinkfragebogen von Groeger und Roos (1973), Skalierung der Therapeuten zur Persönlichkeitsstruktur der Patienten, 59 Merkmale aus einem Dokumentationsbogen.
Statistische Verfahren:
1. Suche nach einer Leitstruktur: eine Faktorenanalyse des Giessen-Tests und des Freiburger Persönlichkeitsinventar zeigt unterschiedliche Faktorenstrukturen der beiden Tests. Die Autoren entschieden sich dann für die Faktorenstruktur des FPI als der Leitstruktur.
2. Für jeden Patienten wurden ein Faktorenprofil erstellt und eine Clusteranalyse dieser Profile durchgeführt.

Ergebnisse:

Typ 1: umfaßt 37 Prozent der Stichprobe; weitgehend normales Profil; im FPI eher extravertiert; ein psychisch wenig gespannter Gewohnheitstrinker.

Typ 2: 27 Prozent der Stichprobe; entspricht weitgehend dem Durchschnittsprofil der Stichprobe, ist nervös, depressiv und gehemmt, auch erregbar, wenig gesellig und gelassen.

Typ 3: 46 Prozent der Stichprobe; markant pathologisches Profil der Patienten; sehr hohe Depressivität und Erregbarkeit sowie Gehemmtheit, spontan, sehr aggressiv, wird als neurotischer Trinker im engeren Sinne bezeichnet.

2.2.4.2.5 Probleme empirisch-statistischer Alkoholismustypologien

1.) Grundlage jeder Untersuchung ist eine Auswahl der dabei zu erfassenden Merkmale. Dabei gehen mehr oder weniger bewußte Vorstellungen und Annahmen über die Bedeutung von Merkmalen für die Erstellung einer Typologie oder für relevante Fragestellungen mit ein und werden nur selten reflektiert. Generell läßt sich fragen, nach welchen Kriterien die Auswahl der Merkmale in diesen Untersuchungen getroffen wird. Explizit wird darüber in den referierten Untersuchungen wenig ausgesagt, obwohl die Auswahl relevanter Merkmalsdimensionen bereits eine notwendige Voraussetzung

für eine sinnvolle und klinisch brauchbare Typologie darstellt.
2.) Es scheint die Vorstellung vorzuherrschen, daß eine brauchbare Alkoholismustypologie unabhängig von der jeweiligen Fragestellung entdeckt werden könnte, für die eine solche Typologie Aussagen machen sollte.
3.) Aus den analysierten Untersuchungen entsteht der Eindruck, daß ein großes Vertrauen in die Fähigkeiten statistischer Verfahren besteht, eine brauchbare Alkoholismustypologie zu finden. Selten wird die Frage reflektiert, ob solche Verfahren überhaupt geeignet sein können, klinisch relevante Typologien zu entdecken.
4.) Die dargestellten empirischen Typologien haben sich bislang als wenig brauchbar für klinisch relevante Fragestellungen erwiesen. Die verschiedenen Untersuchungen kommen auch nicht zu einheitlichen Ergebnissen, was auf die unterschiedlichen Stichproben, auf die unterschiedliche Auswahl der Merkmale und auf unterschiedliche statistische Analyseverfahren zurückgeführt werden kann.

2.2.5 Diskussion und Folgerungen

Wenn man sich in anderen Bereichen der Psychologie und Psychiatrie nach der Relevanz von Typologien umsieht (vgl. z.B. Helwig 1967), dann findet sich nur eine relativ geringe praktische Bedeutung. Lediglich in der Beschreibung von Persönlichkeitsstrukturen oder von Körperbautypen erscheinen Typologien wie z.B. die neurotischen Grundstrukturen von Riemann (1972) brauchbar; wenig bedeutsam sind sie bislang für Aussagen über Prognose und Indikation geblieben. Wie läßt sich das erklären? - In Prognose und Indikation gehen Verlaufsdaten mit ein, die in einer Typologie als Querschnittsbild nicht enthalten sind. Typologien sind meistens Querschnittsanalysen. Das gilt im wesentlichen z.B. für die Jellinek'sche Typologie. Prognoseregeln in der Psychiatrie enthalten dagegen meist Feststellungen über den bisherigen Entwicklungsverlauf. Z.B. wird ein akuter, heftiger Beginn meist als prognostisch günstig angesehen.

Kriterien für die Beurteilung der Relevanz von Typologien sind abhängig von der Fragestellung, in unserem Fall sind es hauptsächlich Fragen nach Prognose und Indikation. Genauer gesagt geht es dabei um den Fragenkomplex der Veränderbarkeit von Symptomen und Persönlichkeitsmerkmalen. Der Zusammenhang zwischen Merkmalen des Alkoholabhängigen und seiner Veränderbarkeit in der Therapie kann letztlich zwar nur durch eine empirische Untersuchung sichergestellt werden, erfordert aber zur Reduzierung der theoretisch unendlich vielen Möglichkeiten von Zusammenhängen theoretische Überlegungen und klinische Erfahrungen über einen hypothetischen Zusammenhang.
Es fragt sich, ob unser Wissen über Aspekte der Veränderbarkeit des Verhaltens und der Persönlichkeit ausreichend ist, um die relevanten Merkmale zu erfassen. Dies wäre vermutlich erst die Grundlage für eine erfolgversprechende Typologie.

Folgerungen:
1. Daraus ergibt sich, daß es zunächst sinnvoller erscheint, sich zu fragen, welche Beurteilungsgesichtspunkte oder Dimensionen lassen sich im Bereich des Alkoholismus unterscheiden, und wie können diese reliabel und valide erfaßt werden. Gleichzeitig erscheint es erforderlich, im Zusammenhang mit klinischer Erfahrung mit Alkoholabhängigen und der Literatur, theoretische Überlegungen anzustellen, welche Merkmale überhaupt von klinischer Relevanz sein können für die Frage der Prognose und der Indikation.
2. Bei solchen theoretischen Überlegungen zur Auswahl relevanter Merkmalsdimensionen erscheint neben dem Aspekt einer umfassenden Einbeziehung von Daten der Aspekt der Veränderbarkeit des Alkoholabhängigen von großer Bedeutung.

2.3 Alkoholikerpersönlichkeit

2.3.1 Problemstellung

Trotz aller Kritik und von vielen immer wieder festgestellten negativen Ergebnisse bezüglich einer spezifischen Alkoholikerpersönlichkeit (vgl. Barry 1974), wird an diesem Ansatz grundsätzlich festgehalten und die Persönlichkeit nach wie vor als eine Erklärungskomponente für die Entwicklung des Alkoholismus sowie zum Verständnis bestimmter Phänomene der Alkoholabhängigkeit (s. Zwerling u. Rosenbaum 1959, Barnes 1979 u.a.)angesehen. Im Rahmen dieses Erklärungsansatzes lassen sich verschiedene Fragestellungen unterscheiden, die jedoch z.T. in anderen Abschnitten behandelt werden.

1. Haben Alkoholiker eine typische Persönlichkeit und wie läßt sich diese beschreiben? Gibt es eine einheitliche Alkoholikerpersönlichkeit oder mehrere Persönlichkeitstypen?
2. Gibt es eine prämorbide Persönlichkeitsdisposition für die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit oder gibt es mehrere solche Dispositionen?
   Wenn ja, wie lassen sich diese beschreiben?
   Wenn ja, wie sind diese Dispositionen entstanden?
3. Für welche Phänomene des Alkoholismus stellt die Persönlichkeit des Alkoholikers oder die Disposition zur Alkoholabhängigkeit eine wichtige Erklärungskomponente dar?
4. Wie wirkt sich die Alkoholikerpersönlichkeit in bestimmten kritischen Situationen oder in wichtigen sozialen Beziehungen z.B. einer Partnerschaft aus?

Die ersten beiden Fragestellungen sind in der Literatur am häufigsten überprüft worden, so daß hier keine weitere Erläuterungen notwendig erscheinen. Es kommt hier allerdings zu nicht vermeidbaren Überschneidungen mit dem Abschnitt über Alkoholismustypologien, soweit diese über das Trinkverhalten hinausgehende Persönlichkeitscharakteristika zur Typologisierung heranziehen.

Zur Frage 3 sollen nun einige Phänomene dargestellt werden, bei denen die Persönlichkeit vermutlich eine Rolle spielt. Die Unfähigkeit zur ausreichenden Selbstkontrolle des Trinkens gilt als einer der wichtigsten Aspekte der Alkoholabhängigkeit. Daran sind vermutlich auch allgemeine d.h. alkoholunspezifische Persönlichkeitsfaktoren beteiligt, die den Prozeß der Verhaltenskontrolle stören oder blockieren. Beim Kontrollverlust ist daran zu denken, daß neben der biologischen Wirkung der Droge Alkohol vermutlich auch der psychodynamische Aspekt des Nichtaufhörenkönnens beteiligt ist. Dieses Nichtaufhörenkönnen kann z.B. mit passiv-abhängigen Tendenzen nach Harmonie und Geborgenheit, mit Verschmelzungswünschen und mit Ängsten vor Trennung zu tun haben. Auch die Bedeutung der Droge Alkohol kann ohne die Einbeziehung der Persönlichkeit kaum erklärt werden.(vgl.Kapitel 2.5 Psychische Alkoholwirkung). Hier ist konkret die Frage, inwieweit die Trinkmotivation und die Alkoholwirkung persönlichkeitsabhängig sind. Schließlich erscheinen Persönlichkeitsfaktoren zum Verstehen und Erklären der Verleugnungstendenzen von entscheidender Bedeutung.
Neben den inhaltlichen Fragestellungen sind zur besseren Einschätzung empirischer Ergebnisse die verschiedenen formalen Ansätze zum Auffinden einer Alkoholikerpersönlichkeit noch kurz darzustellen. Der einfachste Ansatz besteht darin, Alkoholiker und Normalpersonen oder andere Gruppen psychiatrischer Störungen miteinander hinsichtlich verschiedenster Merkmale zu vergleichen und die für Alkoholiker charakteristischen Merkmale herauszuarbeiten. Dabei läßt sich dann noch unterscheiden zwischen Querschnitts- und Längsschnittsanalysen, wobei die letzteren auch zur prämorbiden Persönlichkeit Aussagen machen können.
Ein anderer Ansatz kann darin bestehen,bestimmte Persönlichkeitstypen herauszuarbeiten, wobei diese Art von Typologien unterschieden werden muß von Versuchen, aufgrund alkoholspezifischer Kriterien der Alkoholismusentwicklung, der

Symptomatik und des Trinkverhaltens eine Typologie zu entwickeln. Schließlich gibt es noch den Ansatz, bestimmte Grundkonflikte bei Alkoholikern herauszuarbeiten, wie das z.B. Blane (1968) mit dem Konzept der Abhängigkeitskonflikte versucht hat.

2.3.2 Ergebnisse testpsychologischer Untersuchungen

Bei der Darstellung empirischer Untersuchungen zur Alkoholikerpersönlichkeit kommt es hier nicht auf eine umfassende Beschreibung der Ergebnisse an, wofür es bereits eine Reihe von Überblicksarbeiten gibt (vgl. Syme 1957 , Sutherland et al 1950 , Grünberger 1977, Antons und Schulz 1976, Barnes 1979 u.a.), sondern auf eine Beurteilung der Aussagemöglichkeiten testpsychologischer Ergebnisse hinsichtlich deren Stabilität, aber vor allem hinsichtlich der klinisch relevanten Fragen von Prognose und Indikation.

2.3.2.1 Ergebnisse mit projektiven Testverfahren

Rorschach-Test:
Am häufigsten diskutiert werden die Konzepte Affektlabilität bzw. Spannungs- und Affekttoleranz und Oralität. Für das gehäufte Auftreten oraler Tendenzen sprechen z.B. Untersuchungen von Rauchfleisch(1971, 1972,)Bertrand u. Masling (1969), Tähkä (1966). Eine herabgesetzte Spannungs- und Affekttoleranz ergibt sich in Arbeiten von Bohler und Lefever (1948), Rauchfleisch (1972 u.a.) und Tähkä (1966). Daß die Ergebnisse insgesamt dennoch wenig einheitlich sind (vgl. Grünberger 1977, Sutherland et al 1950) erklärt sich einmal daraus, daß unterschiedliche Merkmalskonzepte aufgrund des Rorschach-Tests interpretiert wurden,und der Zusammenhang mit den unmittelbaren Testergebnissen nicht einheitlich festgelegt worden ist. Hinzu kommen die für alle anderen Untersuchungen ebenso gültigen Einflußfaktoren wie verschiedene Alkoholikergruppen, unterschiedliche Vergleichs-

gruppen wie z.B. Normalpersonen oder Gruppen mit anderen psychiatrischen Störungen.

Thematischer Apperzeptionstest (TAT):

Die umfangreichsten Untersuchungen wurden von McClelland und Mitarbeitern durchgeführt (McClelland et al 1972). Die Ergebnisse dieser Studien weisen insgesamt auf das Vorherrschen von Wünschen und Bedürfnissen nach Stärke und Macht hin und nicht auf passiv-abhängige Tendenzen, wie sie in der ursprünglichen Konzeption des Abhängigkeitskonflikts herausgestellt werden (vgl. z.B. Lisansky 1960).

In dem Schlagwort von der Männlichkeitshypothese kann man die Ergebnisse der Untersuchungen von McClelland und Mitarbeitern zusammenfassen. Bei weiblichen Alkoholabhängigen spricht Wilsnack (1976) aufgrund ihrer TAT-Ergebnisse von der sog. Weiblichkeitshypothese.

Untersuchungen mit anderen projektiven Verfahren wie z.B. mit dem Rosenzweig PF-Test oder dem picture-preference-Test von Cowan sind zu selten angewandt worden, so daß eine Diskussion verschiedener Ergebnisse zu diesen einzelnen Testverfahren wenig sinnvoll erscheint.

Diskussion und Folgerungen:

Neben methodischen Problemen der Reliabilität der Auswertung stellt sich hier vor allem auch die Frage, welche Persönlichkeitsmerkmale erfaßt werden sollen. Im Prinzip ist z.B. beim Rorschach-Test nicht festgelegt, welche Merkmale mit Hilfe der verschiedenen Auswertungskategorien beurteilt werden sollen. Wenn der Merkmalskomplex Oralität beurteilt werden soll, dann muß vorher festgelegt werden, welche Antwortkategorien für dieses Konstrukt als Indikatoren angesehen werden können.

Die Reproduzierbarkeit verschiedener Ergebnisse projektiver Testverfahren erscheint bislang wegen der erwähnten Schwierigkeiten gering. Die Annahme, daß es nur eine einzige Alkoholikerpersönlichkeit gibt, liegt zwar den meisten dieser Unter-

suchungen im Ansatz zugrunde, kann jedoch aufgrund der insgesamt heterogenen Ergebnisse nicht aufrecht erhalten werden.

Für folgende Hypothesen und Konstrukte ergeben sich Hinweise:

- Oralität: Tähkä 1966, Story 1968, Bertrand und Masling 1969, Rauchfleisch 1971 u.a.
- Psychopathie: Bühler und Lefever 1948.
- Mangelnde Frustrationstoleranz: Bühler und Lefever 1948, Tähkä 1966, Cowan et al 1974, vgl. Zwerling u. Rosenbaum 1959.
- Affektive Labilität: Halpern 1961, Tortora 1946, Rauchfleisch 1972.

2.3.2.2 Ergebnisse mit Fragebogentests

Nachdem die methodische Kritik an den projektiven Testverfahren immer stärker geworden war sowie auch wegen der leichteren Auswertung von Persönlichkeitsfragebogen und ihrer größeren Reliabilität kam es zu einer Fülle von Untersuchungen mit Fragebogen zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen.

Untersuchungen mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI):

Alkoholiker unterscheiden sich von der normalen Population auf verschiedenen Skalen im MMPI. In einer Untersuchung von Grünberger (1977, S. 185) zeigt sich, daß sich Alkoholiker in allen Skalen bis auf Hysterie und Maskulinität von der Normalpopulation unterscheiden. Am stärksten sind die Abweichungen auf der Skala Psychopathie. Clopton (1978) u. Barnes (1979) kommen in zwei Übersichtsartikeln zu dem Ergebnis, daß das Durchschnittsprofil von Alkoholikern am häufigsten erhöhte Werte auf den Skalen Depression und Psychopathie aufweisen; z.T. zeigen sich auch erhöhte Werte auf der Skala Psychasthenie. Ungeklärt dagegen erscheint die Abgrenzung der Alkoholikergruppe von anderen psychiatrischen Gruppen. Während z.B. Rosen (1960, zit. in Clopton

1978) keine Unterschiede zwischen allgemein ambulanten psychiatrischen Patienten und ambulanten Alkoholikern feststellte, kommt Barnes auf Grund der Literatur zu dem Ergebnis, daß Alkoholiker i.a. niedrigere Werte in der neurotischen Triade (Hysterie, Depression, Hypochondrie) haben und bez. der Ich-Stärke zwischen Normalpersonen und anderen psychiatrischen Patienten liegen.
In einer Verlaufsuntersuchung von Grünberger (1977, S.228 f) an Alkoholikern zeigte sich zunächst bei Abstinenz eine rasche Rückbildungstendenz auf verschiedenen Skalen vor allem im Zeitraum bis zu einem Jahr. Nach 5 Jahren Abstinenz ergaben sich noch signifikante Unterschiede der Alkoholikergruppen bez.der Norm auf den Skalen Psychopathie, Schizoidie und Manie.
Rohan (1972) kommt zu dem Ergebnis, daß sich Alkoholiker zu Beginn einer stationären Behandlung hauptsächlich auf der Skala Depression und der Skala Psychopathie von der Normalpopulation unterscheiden. Nach Beendigung der Therapie gingen die Depressionswerte zurück, während der Mittelwert auf der Skala Psychopathie weiterhin blieb. In der Gruppe von Alkoholikern mit hohen T-Werten (größer 7o) auf der Skala Psychopathie gibt es einige, deren Werte nach der Therapie abfallen, während bei den übrigen die Psychopathiewerte gleich bleiben. Bei zwei in gleicher Weise durchgeführten Untersuchungen gehen bei 14 bzw. 18 Prozent der Stichprobe die Psychopathiewerte zurück. Nach einer Unterscheidung von Frane und Osmond (1956) wird dieses Ergebnis in Beziehung gesetzt mit der Unterscheidung zwischen einer psychopathischen Persönlichkeit und einem psychopathischen Reaktionstypus als einer Reaktion auf Streß. Die Hypothese ist, daß nur bei letzterer Gruppe von Alkoholikern sich eine Änderung der Psychopathiewerte ergibt. Ob die Gruppe mit erniedrigten Psychopathiewerten eine höhere Abstinenzrate aufweist, kann in dieser Untersuchung wegen fehlender katamnestischer Daten nicht beurteilt werden. Brenk-Schulte (1979) zeigte in einer Ver-

laufsuntersuchung, daß vor der Therapie sich die erfolgreich Behandelten nicht von den Mißerfolgen unterscheiden lassen. Dies gilt für verschiedene Fragebogen und Tests. Nach der Therapie ergeben sich allerdings Unterschiede zwischen erfolgreich und nichterfolgreich Behandelten. Diese Ergebnisse von Rohan und Brenk-Schulte ergeben einen Hinweis darauf, daß diese globalen Merkmalsdimensionen nichts über ihre Veränderbarkeit aussagen und in völlig verschiedener Weise zustande gekommen sein können bzw. durch unterschiedliche Bedingungen aufrecht erhalten werden. Für klinische Fragestellungen erscheinen aber gerade Faktoren der Veränderbarkeit von entscheidender Bedeutung.

Zur Diagnostik der Alkoholabhängigkeit wurden aus dem MMPI verschiedene Skalen entwickelt (Skalen von Hampton 1953, Holmes 1953, Hoyt u. Sedlacek 1958). Gegen diese Skalen kann ein entscheidender Einwand vorgebracht werden (vgl. McAndrew, 1965): Mit diesen Testverfahren kann zwar zwischen Alkoholikern und Normalpersonen differenziert werden, aber nicht zwischen Alkoholikern und anderen psychisch oder somatisch kranken Gruppen. Diese Kritik betrifft auch die Alkoholismusskala von McAndrew u. Geertsma (1964).

Folgerungen:

Auch wenn es gelingen sollte, in konsistenter Weise Alkoholiker von anderen psychiatrischen Patientengruppen oder verschiedene Gruppen innerhalb der Alkoholabhängigen mit dem MMPI zu unterscheiden oder mit einem anderen Test, so sind die Aussagemöglichkeiten für eine Veränderung dieser Merkmale wahrscheinlich gleich Null, da in diesen Dimensionen Verhaltensweisen erfaßt werden, die in unterschiedlicher Weise sich entwickelt haben und in unterschiedlicher Weise aufrechterhalten werden. Es erscheint relativ leicht, Alkoholiker von Normalpersonen zu trennen, wichtiger ist jedoch die Differenzierung zu anderen klinischen Gruppen.

Untersuchungen mit dem 16 PF con Cattell:
In einer Untersuchung von Grünberger (1977, S. 195) wurden die Ergebnisse von Alkoholikern, getestet 21 bis 30 Tage nach Aufnahme, mit der Normalpopulation verglichen. In 10 von 16 PF-Dimensionen ergeben sich signifikante Unterschiede, die in der nachfolgenden Zusammenstellung aufgeführt sind:

- Skala B: Alkoholiker haben hier geringere Intelligenzwerte
- Skala C: Emotional labiler
- Skala G: Schwächeres Überich
- Skala E: Abhängiger, sensitiver und weicher
- Skala L: Erhöhtes Mißtrauen und größerer Argwohn
- Skala N: Weniger schlau und berechnend
- Skala O: Unsicherer und depressiver
- Skala Q1: Höhere Konservatismuswerte
- Skala Q2: Höhere Desintegriertheit
- Skala Q4: Angespannter, gereizter und eher frustriert

Auch zum Verlauf der Rückbildung von Persönlichkeitsunterschieden zur Normalpopulation wurden von Grünberger an verschiedenen Stichproben mit unterschiedlich langer Abstinenzdauer Untersuchungen durchgeführt. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefaßt (nach Grünberger 1977, S. 231):

Tabelle 1: Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung mit dem 16 PF von Cattell (Grünberger 1977, S.231)

3-4 Wochen abstinent n=48*	1 Jahr abstinent n= 35*	5 Jahre abstinent n =43*
in 10 von 16 Skalen signif.Unterschiede:	in 8 Skalen signifik.Unterschiede	in 8 Skalen signifikante Unterschiede
-geringere, eher prakt.Intelligenz		-erhöhte Aufgeschlossenheit, Unabhängigkeit u. Eigenständigkeit
-leichte Erregbarkeit u.Labilität		-erhöhte Nüchternheit
		-erhöhte Klugheit u. Zurückhaltung
-eher berechnend u. ausweichend	-eher berechnend u.ausweichend	-eher berechnend u. ausweichend
-abhängig u.weich	-abhängig u.weich	-abhängig u.weich
-argwöhnisch	-argwöhnisch	-offen
-eher offen	-eher offen	-eher konservativ
-selbstunsicher u. depressiv	-selbstunsicher u. depressiv	-desintegriert

Tabelle 1: Fortsetzung

3-4 Wochen abstinent n=48*	1 Jahr abstinent n =35*	5 Jahre abstinent n =43*
-desintegriert -überreizt -leicht frustrierbar	-überreizt -leicht frustrierbar	

* verschiedene Stichproben von Alkoholikern

Die obigen Angaben beziehen sich alle auf den Vergleich zur Normalpopulation.

Betrachtet man noch einmal die Ausgangswerte von Alkoholikern im Vergleich zur Normalpopulation, dann deckt sich die testdiagnostische Charakterisierung von Alkoholikern in etwa mit dem eigenen klinischen Eindruck (bis auf die geringeren Intelligenzwerte).

Bemerkenswert erscheint das Ergebnis, daß sich erst nach 5 Jahren eine Strukturveränderung zeigt, die nach 1 Jahr noch nicht deutlich war (z.B. erhöhte Aufgeschlossenheit, Unabhängigkeit und Eigenständigkeit). Weitere mit dem 16 PF durchgeführten Untersuchungen im angelsächsischen Raum wurden bereits in dem Kapitel über Alkoholismustypologien dargestellt. Einschränkend zur Gültigkeit der Ergebnisse über den Verlauf von Persönlichkeitsveränderungen muß noch gesagt werden, daß eine Verlaufsuntersuchung an ein und derselben Stichprobe klarere Aufschlüsse ergeben würde als der von Grünberger gewählte Untersuchungsansatz mit mehreren unterschiedlichen Stichproben.

Barnes (1979) kommt zusammenfassend zu dem Ergebnis, daß Alkoholiker sich mit dem 16 PF von Normalpersonen trennen lassen; sie zeigen niedrigere Werte auf der Skala Ich-Stärke sowie höhere Angstwerte. Sie lassen sich auch von anderen Abhängigkeiten unterscheiden. Unwahrscheinlicher ist dagegen eine Trennung von Alkoholikern und anderen Störungsgruppen, insbesondere neurotische Störungen. Dies sei hauptsächlich durch die Nichterfassung psychiatrischer Symptome bedingt.

Untersuchungen mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) von Fahrenberg, Selg u. Hampel (1973):

Im Vergleich zur Normalpopulation zeigt sich folgendes Bild: (die Testung erfolgte im Zeitraum zwischen 3 und 10 Tagen

nach Aufnahme zur stationären Therapie sowie 4 Wochen später)

Tabelle 2: FPI-Ergebnisse mit Alkoholabhängigen (nach Grünberger 1977, S. 190f)

FPI-Skala	bei Aufnahme n = 121	nach 4 Wochen stat.Behandlung
1.Nervosität	kein Untersch.	unverändert
2.Aggressivität	aggressiver	bleibt bestehen; eher Zunahme
3.Depressivität	depressiver	nicht mehr vorh.
4.Erregbarkeit		
5.Geselligkeit	kein Untersch.	unverändert
6.Gelassenheit	gelassener	leichte Abnahme, doch noch gelassener als Normalpersonen
7.Dominazstreben	größeres Dominanz-streben	
8.Gehemmtheit	kontaktfähiger	bleibt bestehen, verstärkt sich
9.Offenheit	selbstkritischer	nicht mehr vorhanden
Extraversion		
Neurotizismus	kein Untersch.	unverändert
Maskulinität	männlicher	unverändert

Zum weiteren Verlauf ergeben sich in den Untersuchungen von Grünberger (1977, S.226), daß nach 3-4wöchiger Abstinenz sich noch in 4 von 12 Skalen signifikante Unterschiede zeigen, nach 1 Jahr noch in 2 Skalen und nach 5 Jahren ergab sich noch 1 signifikanter Unterschied. Die inhaltlichen Unterschiede zur Normalpopulation sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt:

Tabelle 3: Weiterer Verlauf von Alkoholabhängigen im FPI
(nach Grünberger 1977, S.226)

nach 4 Wochen Abstinenz n = 148	nach 1 Jahr Abstinenz n = 35	nach 5 Jahren Abstinenz n = 53
-stärker psychosomatisch gestört	-stärker psychosomatisch gestört	-irritierbarer und zögernder (Skala Gelassenheit)
-depressiver	-gehemmter	
-maskulines Selbstbild		

Antons (1977) hat ebenfalls mit dem FPI eine Untersuchung an 3 Alkoholikergruppen durchgeführt. Bei allen 3 Gruppen zeigte sich im Vergleich zur Eichstichprobe folgendes: Skala 1: nervöser; Skala 2: aggressiver; Skala 6: weniger gelassen; Skala 7: Dominanz leicht erhöht; Skala 8: erheblich gehemmter; Skala 9: leicht niedrigere Offenheit; 2 Gruppen zeigten sich extravertierter, neurotischer und mit einer weiblicheren Selbstschilderung.
Im Vergleich mit einer Gruppe von psychosomatischen Patienten und einer Gruppe von Neurotikern waren Alkoholiker nicht so nervös wie neurotische und psychosomatische Patienten sowie aggressiver als psychosomatische Patienten. Neurotische Patienten und psychosomatische Patienten sind im Vergleich zu Alkoholikern weniger gelassen.
Zusammenfassend kommt Antons zu dem Schluß, daß die Alkoholikergruppe mit ihren Testwerten zwischen der Gruppe der normalen und der Neurotikergruppe liegt. Zu der gleichen Feststellung kommt Rauchfleisch (1971).
Vergleicht man die Ergebnisse von Antons mit denen von Grünberger (Ergebnisse der Gruppen nach 4 Wochen), so ergeben

sich doch eine Reihe von **Divergenzen in den Skalen Ner-**vosität, Gehemmtheit und Offenheit sowie auf den Skalen Extravertiertheit, Maskulinität und Neurotizismus.
Merkel (1976) hat in einer Untersuchung an 74 Alkoholikern vor allem 3 signifikante Unterschiede festgestellt: Alkoholiker unterscheiden sich von der normalen Population durch größere Depressivität, höhere Nervosität und einer selbstkritischeren Haltung. Dabei wurden keine altersspezifischen und geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt.
Insgesamt ergibt sich, wenn man die 3 Untersuchungen miteinander vergleicht, daß die Unterschiede beträchtlich sind und sich kein einheitliches Bild der Alkoholiker im FPI zeigt.

Diskussion der Fragebogenergebnisse:

1.) Für den empirischen Nachweis einer spezifischen Alkoholikerpersönlichkeit sind nach Barnes (1979) 4 Kriterien wichtig: a) die Ähnlichkeit zwischen verschiedenen Gruppen von Alkoholikern b) die Unterscheidung von Normalpersonen c) die Unterscheidung von anderen Patientengruppen und d) die Unterscheidung von anderen Abhängigkeitsgruppen
Nach diesen 4 Kriterien läßt sich kein einheitliches Bild einer spezifischen Alkoholikerpersönlichkeit in den 3 analysierten Persönlichkeitstests nachweisen. Dennoch ergibt sich eine gute **Abgrenzung von Normalpersonen bei** allen 3 Testverfahren. Schlecht gelingt dagegen die Unterscheidung von Alkoholabhängigen und anderen psychiatrischen Patientengruppen, insbesondere neurotische Patienten. Im Trend ergibt sich jedoch, daß Alkoholiker hinsichtlich ihres Merkmalprofils, wie sie von diesen Persönlichkeitstests erfaßt werden, zwischen den Merkmalsprofilen von Normalpersonen und dem von Neurotikergruppen liegen.
2.) Mangelnde Konsistenz verschiedener Untersuchungsergebnisse mit dem gleichen Test können hauptsächlich auf 2 Ursachen

zurückgeführt werden:
a) auf unterschiedliche Testzeitpunkte z.B. bezogen auf eine stationäre Entwöhnungstherapie und
b) auf unterschiedliche Alkoholikergruppen sowohl zwischen den verschiedenen untersuchten Stichproben als auch innerhalb ein und derselben Stichprobe, so daß stärkere Normabweichungen der Teilgruppen unter Umständen im Mittelwert aufgehoben werden.
3.) In verschiedenen Testverfahren gibt es ähnliche Bezeichungen für Konstrukte, die jedoch eine unterschiedliche Bedeutung haben, so daß eine Vergleichbarkeit verschiedener Testergebnisse problematisch erscheint (vgl. Anderson et al 1979).
4.) Auch wenn es möglich sein sollte, ein einheitlicheres Bild der Alkoholiker im Persönlichkeitstest zu erfassen, so erscheint doch deren Relevanz fraglich: Gleiche Skalenwerte können für verschiedene Teilgruppen von Alkoholikern oder anderen Patientengruppen Verschiedenes bedeuten. Die bei Alkoholikern häufig gefundene Erhöhung der Skalen Depression und Psychopathie kann bei Kriminellen etwas ganz anderes bedeuten z.B. eine reaktive Psychopathie gegenüber einer Psychopathie als primärer Persönlichkeitsstörung oder eine reaktive Depression gegenüber einer depressiven Struktur (vgl. Anderson et al 1979).
5.) Verschiedene Verlaufsuntersuchungen ergeben, daß ein Teil der Alkoholiker mit erhöhten Werten auf einer Skala, z.B. auf der Skala Psychopathie, sich nach einer Therapie verändern, während ein anderer Teil, der stärker assoziiert ist mit einem Therapiemißerfolg, sich nicht ändert. Dies kann als ein Hinweis angesehen werden, daß die gleiche Ausprägung eines Merkmals hinsichtlich der Veränderbarkeit dieser Ausprägung nichts besagt. Wenn die Veränderbarkeit aber verschieden ist, dann bedeutet dies, daß zumindest die Aufrechterhaltung eines bestimmten Merkmals von unterschiedlichen Bedingungen und Faktoren abhängig ist, auf die es jedoch zur

Beurteilung der Prognose entscheidend ankommt und die offensichtlich mit diesen Persönlichkeitstests nicht erfaßt werden können.
6.) Persönlichkeitstests erfassen demnach in deskriptiver Weise Merkmale, die ähnlich psychiatrischen Syndromen verschiedene Ursachen und Bedingungen haben können d.h. auch, daß diese Merkmale durch unterschiedliche Bedingungen aufrechterhalten werden können. (Vgl. Anderson et al 1979). In Querschnittsuntersuchungen können z.B. dispositionelle Merkmalsdimensionen von den durch den Alkoholismus bedingten Merkmalsveränderungen nicht unterschieden werden.
7.) Während der FPI auf Veränderungen schneller anzusprechen scheint, kann der 16 PF vermutlich Strukturveränderungen der Persönlichkeit besser abbilden.

2.3.3 Psychodynamische Charakterisierung der Persönlichkeit

2.3.3.1 Psychanalytischer Standpunkt

Der klassische Standpunkt der Psychoanalyse, wie er z.B. von Fenichel (1945) geprägt wurde, sah im Alkoholismus vor allem zwei Triebtendenzen:
1. orale Tendenzen und narzißtische Strebungen
2. homosexuelle Tendenzen
Die beiden globalen Konzepte Oralität und Narzißmus können sehr vieles bedeuten. Lisansky (1960) erwähnt beim Konzept Oralität folgende Interpretationsmöglichkeiten:
a) Abhängigkeit b) unreife Persönlichkeit c) als "common sense" Bedeutung: lutschen, essen etc. Das Globalkonzept Oralität findet eine gewisse Bestätigung in einer Reihe von empirischen Untersuchungen z.B. Story (1968, zit. in Grünberger 1977), Rauchfleisch (1971) u.a. Dagegen lassen sich homosexuelle Tendenzen bei Alkoholikern nich in erhöhtem Maße empirisch nachweisen.
Lisansky kommt zu folgender Charakterisierung der prämorbiden Persönlichkeit von Alkoholikern:

a) starke Bedürfnisse nach Abhängigkeit;
b) schwache inadäquate Abwehrmechanismen gegen diese exzessiven Wünsche; diese führen unter bestimmten Bedingungen zu
c) einem intensiven Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonflikt;
d) es liegt auch eine geringe Frustrations- und Spannungstoleranz vor;
e) Liebe-Haß Ambivalenzen seien ungelöst.

Für einen Überblick über psychoanalytische Aspekte des Alkoholismus sei nun eine systematische Analyse versucht:

1. Strukturelle Ebene

   Man spricht von einer Ich-Schwäche, die sich vor allem gegenüber dem Über-Ich (Fenichel 1945 , Rauchfleisch 1972 u.a.) zeige. Aber auch gegenüber Es-Impulsen, die z.B. in Trinkimpulsen zum Ausdruck kämen, sei das Ich zu schwach ausgeprägt.

   Im Gegensatz zu den Lösungsversuchen depressiver Neurotiker kommt es bei Alkoholikern zu einem Nacheinander von Über-Ich und Es-Impulsen. (Vgl. Rauchfleisch 1971). Diese Ich-Schwäche kann als eine mangelnde Selbstkontrollfähigkeit beschrieben werden.

2. Triebaspekt:

   Hier werden vor allem orale Tendenzen diskutiert. In neuerer Zeit werden aber in hohem Maße narzißtische Strebungen herausgestellt (Lürssen 1974).Narzißtische Antriebe bestehen in Bedürfnissen nach einem Größenselbst zur Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes. Orale Tendenzen zeigen sich in Wünschen nach Geborgenheit, Versorgt- und Beschütztsein, in großen Erwartungen und Ansprüchen an andere.

3. Abwehraspekte:

   Vorherrschend sind Verdrängung, Vermeidung und Verleugnung. Eine Untersuchung von O'Leary et al (1977) hat ergeben, daß zwischen einer Alkoholikergruppe und einer "gematchten" Vergleichsgruppe keine Unterschiede hinsichtlich der

Abwehrstile bestehen. Die Alkoholiker mit einer stärkeren Abwehrtendenz zeigten bei einer Katamnese bessere Behandlungsergebnisse.

4. Konflikte:
Knight (1937) kommt zu dem Schluß, daß es bei Alkoholikern keine spezifischen Konflikte gibt. Jede Art neurotischer Konflikte könne vorhanden sein.
Wichtigster Ansatz ist hier der Abhängigkeitskonflikt, für den es verschiedene Versionen gibt, die allerdings nicht nur im Rahmen der Psychoanalyse entstanden sind und deshalb später noch dargestellt werden.
Nach Rauchfleisch (1971) besteht der pathogene Konflikt zwischen Es- und Über-Ich-Impulsen (ähnlich wie bei der Zwangsneurose). In Zeiten der Abstinenz dominieren die Über-Ich Forderungen und es zeigen sich anankastische Züge, mit deren Hilfe ein Durchbrechen der Es-Impulse verhindert wird. In einer akuten Phase der Sucht kommt es zum Durchbruch oraler und gehemmt expansiver Wünsche. Im Unterschied zur zwangsneurotischen Störung und zu zwangsneurotischen Symptomen sind Es- und Überich-Impulse nicht so stark miteinander legiert, sondern werden nacheinander gelebt. Bei der klassischen Übertragungsneurose werden Es- und Überich-Impulse zugleich im Symptom gebunden, während bei der Sucht der Verdrängungsvorgang nicht so ausgeprägt ist und es zu einer aufeinanderfolgenden Realisierung beider Tendenzen kommt.

5. Objektbeziehungen:
Nach Button (1956) können die Beziehungen mit anderen Menschen entweder ausbeuterisch oder abhängig sein. Häufig werden Beziehungen eher als bedrohlich erlebt, da Alkoholiker häufig sich anderen unterlegen fühlen.

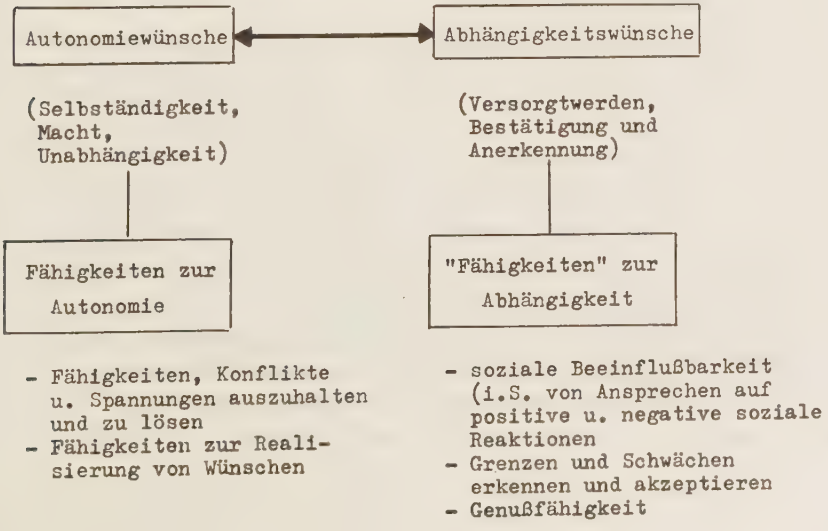
Folgerungen:
Psychoanalytische Konzepte der Alkoholabhängigkeit haben einen sehr hohen Abstraktionsgrad, wobei eine Operationalisierung an konkret beobachtbare und erfahrbare Ereignisse häufig ausbleibt. Ausserdem sind sie wenig spezifisch auf die Alkohol-

abhängigkeit zugeschnitten. Mit zunehmend geringerer Spezifität handelt es sich aber um Probleme und Begriffe der allgemeinen Psychotherapie, die für die Entwicklung eines relativ alkoholspezifischen Fragebogens nicht von grundlegender Bedeutung sein können.

2.3.3.2 Abhängigkeits-Autonomiekonflikte

Der Abhängigkeitskonflikt ist einer der zentralsten psychodynamischen Konzepte zur Alkoholabhängigkeit. Er besagt, daß erhebliche passiv-orale Tendenzen vorhanden sind, die mehr oder weniger stark abgewehrt werden können. Bei Vorliegen einer Ich-Schwäche ,d.h.z.B. einer mangelnden Impulskontrolle, einer geringen Frustrationstoleranz und einem geringen Durchsetzungsvermögen von Wünschen und Vorstellungen , kommt es immer wieder zum Durchbruch dieser Abhängigkeitstendenzen. Entscheidend erscheint jedoch die Gegenüberstellung von Abhängigkeits- und Unabhängigkeitswünschen einerseits sowie den entsprechenden Fähigkeiten des Ichs, diese Wünsche zu realisieren andererseits. In der nachfolgenden Abbildung ist dies schematisch dargestellt:

Abb. 3 : Schema zum Abhängigkeits-Autonomiekonflikt



Der empirische Nachweis für diese Abhängigkeitswünsche ist jedoch bislang dürftig (vgl. Williams 1976). Umgekehrt verhält es sich dagegen mit dem Streben nach Autonomie und Unabhängigkeit. McClelland vertritt die Hypothese, daß Alkoholabhängige besonders starke Tendenzen nach Macht, Stärke und Unabhängigkeit zeigen. Diese Tendenzen könnten in einer Reihe von empirischen Untersuchungen nachgewiesen werden (vgl. McClelland 1972, Williams 1976). Bei der Analyse der beiden Konzepte muß festgestellt werden, daß sie nicht miteinander unvereinbar sind, worauf z.B. Antons (1977) hingewiesen hat. Im Gegenteil sie gehören im Konzept von Blane (1968) untrennbar zueinander wie Gegenpole einer einzigen Dimension. Daß jedoch nur für die Wünsche nach Macht und Unabhängigkeit empirische Befunde existieren, könnte daran liegen, daß Wünsche nach Unabhängigkeit näher am Bewußtsein liegen und nicht so stark verdrängt werden müssen wie Abhängigkeitswünsche, die von der Umwelt bei einem Erwachsenen nicht so leicht akzeptiert werden und gegen die der Abhängige selbst immer wieder vergebens gekämpft hat. Was er bewußt erreichen will ist natürlich Kontrolle über Impulse und Affekte, was ihm von seiten seiner Umwelt ja auch immer wieder deutlich gemacht wird.

2.3.3.3 Kognitive und lerntheoretische Aspekte der Alkoholikerpersönlichkeit

Bis auf das Extraversions-Introversionskonzept von Eysenck (s. Eysenck u. Rachmann 1971) gibt es meines Wissens im Rahmen der Lerntheorie kaum einen Ansatz zur Persönlichkeit, die zumindest in der klassischen Lerntheorie und der klassischen Verhaltenstherapie bewußt ausgespart bleibt. Ein Ansatz ergibt sich aus der Fragestellung, daß Personen unterschiedlich leicht konditionierbar sind. Eysenck hat versucht, zwischen der Konditionierbarkeit und dem Konzept Introversion-Extraversion einen Zusammenhang herzustellen. Vogl (1959) ist diesem Zusammenhang bei Alkoholikern nachgegangen. Bei der Ausbildung einer konditionierten Reaktion auf einen lauten Ton hin zeigte sich, daß introver-

tierte Alkoholiker und auch Nichtalkoholiker schneller eine konditionierte Reaktion ausbilden als extravertierte Alkoholiker und Nichtalkoholiker. Auch die Löschungsresistenz war bei den introvertierten Personen größer. Das Ausmaß der Konditionierbarkeit kann nun in Beziehung gesetzt werden zu den Behandlungsergebnissen bei Aversionstherapien unter der Annahme, daß dabei eine klassische Konditionierung erfolgt. Ergebnisse dazu liegen aber meines Wissens nicht vor. Im Rahmen einer kognitiv orientierten Lerntheorie hat in den letzten Jahren das Konzept des "locus of control" von Rotter (1966) eine größere Rolle gespielt. Der Grundgedanke besteht darin, daß eine Person eine Vorstellung darüber hat, ob die Kontrolle über Verstärkungen mehr von äußeren Faktoren im Sinne einer externalen Kontrolle oder mehr internal d.h. von der Person selbst abhängig ist. Man ist dann von der Hypothese ausgegangen, daß bei Alkoholikern verstärkt eine externale Kontrolle vorliegt, so daß eine stärkere Abhängigkeit von der Alkoholwirkung plausibel würde. Die bisherigen empirischen Untersuchungen bei Alkoholikern haben jedoch keine einheitlichen Ergebnisse gebracht und eine Reihe methodischer und auch theoretischer Schwierigkeiten aufgezeigt. (Überblick bei Hinrichsen 1977, Rohsenow und O'Leary 1978 a, b).

2.3.3.4 Zusammenfassung und Folgerungen:

1. Die Persönlichkeit von Alkoholikern kann deutlich von Normalpersonen abgegrenzt werden; sie wird häufig als eine eigene Gruppe bezeichnet, deren Merkmale zwischen denen von Neurotikern und Normalen sowie zwischen denen von Psychopathen und Normalen liegen.
Inhaltlich ergibt sich am häufigsten eine mangelnde Affekt- und Frustrationstoleranz bei Alkoholikern.
2. Persönlichkeitsfragebogen und projektive Testverfahren erfassen globale Persönlichkeitsmerkmale oder Persönlichkeitskonzepte, deren Bedeutung für die Alkoholabhängigkeit, insbesondere für Prognose und Indikation weitgehend ungeklärt sind.

3. Bei Untersuchungen zur Persönlichkeit von Alkoholikern stehen Probleme der Reproduzierbarkeit und Stabilität der Ergebnisse noch stark im Vordergrund. Die Heterogenität und Widersprüchlichkeit der Ergebnisse kann auf folgende Gründe zurückgeführt werden:

a) Alkoholikergruppen sind verschieden: Alkoholiker können sich in verschiedenen Entwicklungsphasen befinden, es gibt unterschiedliche Alkoholismustypen und verschiedene Verlaufsformen.

b) Methodische Probleme der Tests: Globalkonzepte werden unterschiedlich mit den Testkriterien in Beziehung gesetzt (Problem der Interpretation bei projektiven Testverfahren), Probleme der Objektivität und der Reliabilität, verschiedene Tests können verschiedene Merkmale unterschiedlich valide erfassen. Z.B. ist anzunehmen, daß mit dem TAT besser Machtwünsche erfaßt werden können, da diese weniger stark verdrängt werden als Abhängigkeitswünsche.

4. Die üblichen Persönlichkeitsfragebogen eignen sich lediglich zur Beschreibung der Persönlichkeit, eventuell noch zur Beschreibung von Veränderungen, nicht jedoch für Bedingungen der Veränderbarkeit, auf die es letztlich aber im Rahmen von Prognose und Indikation ankommt. Gesichtspunkte der Veränderbarkeit gehen in die Konzeption der Persönlichkeitsmerkmale so gut wie gar nicht ein.

5. Es sollte bei der Beurteilung der Ergebnisse zwischen einer prämorbiden Persönlichkeit und der Persönlichkeit der bereits Abhängigen unterschieden werden. Letztere erscheint einheitlicher als die prämorbide Ausgangspersönlichkeit.

6. Psychodynamische Konzepte etwa das Abhängigkeitskonzept sind zuwenig operationalisiert und m.W. bislang noch nicht in Skalen übertragen worden, so daß zumindest mit Fragebogen keine empirischen Ergebnisse vorliegen. Außerdem werden verschiedene Merkmale je nach dem Grad ihrer sozialen und individuellen Erwünschtheit verschieden leicht verzerrt und verfälscht.

7. Formal sollte man an dem Konzept einer prämorbiden Persönlichkeit als eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit festhalten.
8. Ausgehend von dem Gesichtspunkt, inwieweit die Persönlichkeitsmerkmale etwas über die Veränderbarkeit der Persönlichkeit aussagen können, kann in den hier zitierten Untersuchungen kein Hinweis auf die für die Veränderbarkeit relevanten Merkmale gefunden werden.

2.4 Biologische Alkoholwirkung

2.4.1 Problemstellung

Zum Verständnis der subjektiv erlebten Alkoholwirkung sowie zur Erfassung der unmittelbaren und längerfristigen Folgen des Alkoholmißbrauchs ist ein Verständnis der biologischen Alkoholwirkung von großer Bedeutung. Der pharmakologische Effekt der Droge Alkohol kann nicht als bloßer Nebeneffekt abgetan werden mit der Begründung, jedes Verhalten kann süchtig entarten, ohne daß dabei eine Droge notwendig sein müsse; zum anderen ist ebenso problematisch, die rein biologische Wirkung des Alkohols als das alleinige zentrale Geschehen der Sucht anzusehen.
In dieser Arbeit soll ein möglichst breites Spektrum von Beurteilungsdimensionen erfaßt werden. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der biologischen Alkoholwirkung, soweit diese in einem Fragebogen erfaßt werden kann . Außerdem soll dabei gefragt werden, welche Bedeutung Beurteilungsdimensionen der biologischen Alkoholwirkung für die Grundfragen der Prognose und Indikation haben können.
Bei der Darstellung biologischer Alkoholwirkung wird grob zwischen einer akuten, kurzfristigen Alkoholwirkung, hauptsächlich auf das Zentralnervensystem und auf die motorischen Leistungsfunktionen und einer längerfristigen Wirkung auf die verschiedenen Organsysteme des Körpers unterschieden.
Die unmittelbar erlebte pharmakologische Wirkung des Alkohols wird im Abschnitt über Trinkmotivation und anderen Einstellungen zum Alkoholtrinken behandelt.

2.4.2 Die kurzfristige biologische Alkoholwirkung

2.4.2.1 Wirkung im Zentralnervensystem

Die Droge Alkohol hat primär eine dämpfende Wirkung auf die Erregung und Leitung von Nervenimpulsen. Die subjektiv oft erlebte stimulierende Wirkung erklärt man sich mit der

Hemmung inhibitorisch wirkender Bereiche des ZNS, so daß vorher gehemmte Impulse besser in Erscheinung treten können. Für die funktionelle Wirkung des Alkohols ist noch wichtig, daß die pharmakologische Wirkung des Alkohols zunächst nicht am Cortex, sondern an tieferliegenden Gehirnstrukturen z.B. dem retikulären aktivierenden System ansetzt. Wo im einzelnen die Ansatzpunkte der Alkoholwirkung im Gehirn liegen, erscheint noch weitgehend ungeklärt (vgl. Feuerlein 1979, S. 21).
Alkohol scheint bei Alkoholikern anders zu wirken als bei Nichtalkoholikern. Bei Alkoholikern kommt es häufiger zu einer Leistungssteigerung, zumindest bei geringeren Mengen von Alkohol (s. Grünberger 1977). Alkohol führt auch zu einer Erhöhung der Schmerzschwelle, die aber wesentlich geringer ist als die von anderen Narkotika.
Eine andere Wirkung zeigte sich in Schlafuntersuchungen, wobei Alkohol den Anteil der REM-Phasen verminderte (s.Feuerlein 1979). Dieser Befund könnte z.T. die dysphorischen Zustände bei chronischem Alkoholmißbrauch erklären.
Bekannt sind die Auswirkungen von Alkoholmißbrauch auf das Gedächtnis. Dabei ist vor allem das Kurzzeitgedächtnis betroffen und es kommt zu Gedächtnisausfällen für bestimmte Zeitabschnitte, die mit den Begriffen Filmriß, Blackout oder alkoholische Palimpseste bezeichnet werden. Wichtig sind diese Erscheinungen vor allem als Symptom beginnender Alkoholabhängigkeit.

2.4.2.2 Wirkung auf andere Organsysteme

Bekannt ist die vermehrte Hautdurchblutung und das subjektive Wärmegefühl unter Alkohol; unter Umständen kommt es auch zu einem Schweißausbruch.
Die Wirkung auf die Muskulatur ist bei hohen Dosen sicher kraftmindernd, bei kleinen Dosen dagegen umstritten. Im Magen-Darmtrakt bewirkt Alkohol eine Anregung von Speichel, Magensaft und Pankreassekret. Konzentrierte Alkoholika

reizen die Schleimhaut. Alkohol hat auf die Nieren einen diuretischen Effekt.
Eine Einzeldosis Alkohol führt auch zu einem Anstieg und anschließendem Abfall des Blutzuckers durch Aktivierung des adrenalergen System. Im Nebennierenmark wird durch akute Alkoholzufuhr die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin stimuliert. (s. Feuerlein 1979).

2.4.2.3 Abhängigkeit der Alkoholwirkung von biologischen Faktoren des Individuums

Bekannt ist die Erscheinung, daß mongoloide Rassen, z.B. Japaner, bei Alkoholkonsum leichter und schneller unangenehme Begleiterscheinungen wie errötende Haut ("flushing"), Herzklopfen, Schwindelgefühle und Verschlechterung der Befindlichkeit bekommen. Eine Erklärung dafür wird in dem gehäuften Auftreten eines atypischen Enzyms der Alkoholdehydrogenase (ADH) gesehen, die neben dem Enzymsystem MEOS und der Katalase in erster Linie für den Abbau des Alkohols in der Leber verantwortlich ist. Dieses atypische Enzym führt auf der ersten Stufe des Alkoholstoffwechsels zu einem beschleunigten Abbau des Alkohols, wobei als Zwischenprodukt das hochgiftige Acetaldehyd entsteht, das für die oben genannten Effekte verantwortlich gemacht wird. (v. Warthburg u. Ris 1979). Dies erklärt sich dadurch, daß der weitere Abbauprozeß des Acetaldehyds durch die begrenzte Oxydation gehemmt wird ,und es dadurch zu einer erhöhten Konzentration von Acetaldehyd mit den entsprechenden Auswirkungen kommt. Das gehäufte Auftreten des atypischen ADH wird als genetisch bedingt angesehen.
Das Acetaldehyd hat auch Auswirkung auf das Vitamin B6 und führt vermutlich noch zu weiteren Organschäden. Für biologische Theorieansätze zur Sucht erscheint jedoch die Verbindung von Acetaldehyd mit biogenen Aminen, den Neurotransmittern, und den Alkaloiden, die z.T. morphinähnliche Strukturen haben, von Interesse. In Tierversuchen konnte

nämlich mit dem Alkaloid Tetrahydropapaverolin, das in die Gehirnflüssigkeit von Ratten gespritzt wurde, gezeigt werden, daß diese Tiere dann in freier Wahlsituation vermehrt Alkohol zu sich genommen haben. Damit scheint man dem Problem, im Tierversuch ein Modell für Sucht zu schaffen, nähergekommen zu sein (Myers u. Melchior 1977).
Auf die mögliche Bedeutung dieser Befunde für die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit wird im Kapitel über die Entstehung der Alkoholabhängigkeit noch näher eingegangen. Außerdem können diese Befunde auch für das Verständnis der subjektiven Alkoholwirkung im nächsten Abschnitt wichtig sein.

2.4.2.4 Wirkung von Alkohol auf Leistungsfunktionen

Hier erscheint es wiederum sinnvoll, zwischen der Alkoholwirkung bei Normalpersonen und der Alkoholwirkung bei Alkoholikern zu unterscheiden.
Nach einer Übersicht über eine Reihe von Untersuchungen bei Normalpersonen kommt Grünberger (1977, S. 72) zu dem Schluß, daß es in den meisten Fällen zu einer Beeinträchtigung von Intelligenz und Gedächtnisfunktionen sowie von Konzentration und Aufmerksamkeit kommt. Es zeigte sich auch, daß ein Zusammenhang mit der Schwierigkeit der gestellten Aufgaben besteht. Je schwieriger die zu bewältigenden Aufgaben, desto stärker die alkoholbedingte Störung. Auch scheinen psychomotorische Funktionen (z.B. Sprechen) stärker durch Alkohol beeinträchtigt zu werden als die intellektuelle Leistungsfähigkeit.
Zur Alkoholwirkung bei Alkoholkranken sei eine Untersuchung von Grünberger et al (1974, zit. in Grünberger 1977) angeführt. 45 Alkoholkranke mit einer durchschnittlichen Abstinenz von 3 bis 4 Tagen bekamen unterschiedliche Mengen von Alkohol. Die erste Gruppe bekam 40 ccm 40prozentigen Medizinalbranntwein, die zweite Gruppe 60 ccm und die dritte Gruppe 80 ccm. Die Leistungsergebnisse wurden vorher, während der Alkoholwirkung und nachher (3 Stunden später) untersucht.

Zusammenfassend kam es zu folgenden Ergebnissen:
1. Auf die Feinmotorik (der Hände) wirkte der Alkohol bei Alkoholkranken stimulierend, d.h. es kam unter Alkohol zu signifikant besseren Ergebnissen.
2. Bezüglich der Konzentrationsfähigkeit zeigte sich eine Zunahme der Mengenleistung. In Gruppe 1 und 2 nahm auch die Fehlerzahl signifikant ab. Grünberger nimmt an, daß ab der Alkoholmenge von Gruppe 3 (80 ccm) es allmählich zu Leistungshemmungen kommt.
3. Bei Abklingen der Alkoholwirkung (3 Stunden später) kam es zu einer nachweisbaren Beeinträchtigung des psychomotorischen Antriebs und der Sorgfaltsleistung in der Koordination.
Als Erklärung für diese insgesamt leistungssteigernde Wirkung von Alkohol nimmt Grünberger eine Abnahme neurotischer Hemmungen und Ängste an. Inwieweit diese Leistungssteigerung mit Alkohol auch subjektiv erlebt werden konnte, wurde nicht untersucht. Auf jeden Fall stellen diese Ergebnisse, die auch durch andere Untersuchungen gestützt werden, einen weiteren Faktor zur Erklärung der Trinkmotivation dar, wobei aber damit keineswegs eine genetische Aussage zur Alkoholabhängigkeit verbunden werden kann.

2.4.3 Längerfristige körperliche Alkoholfolgekrankheiten

Die toxische Wirkung des Alkohols erstreckt sich auf fast alle Organsysteme. Die Literatur über diese alkoholbedingten Schäden ist gewaltig (vgl. Feuerlein 1979, Kissin u. Begleiter 1974 u.a.). Hier kommt es lediglich darauf an, einen kurzen Überblick zu geben, um wichtige Schäden bzw. Symptome solcher Schäden, in eine oder mehrere der zu entwickelnden Skalen aufnehmen zu können, ohne die Pathogenese und Differentialdiagnose im einzelnen zu erörtern.

2.4.3.1 Das Alkoholentzugssyndrom

Wird bei schwerem akuten oder chronischem Alkoholmißbrauch die Droge Alkohol abgesetzt oder abrupt vermindert, so kommt es meist zu mehr oder weniger schweren Krankheitserscheinungen, die als Alkoholentzugssyndrom bezeichnet werden. Das Alkoholentzugssyndrom wurde erst 1953 von Victor u. Adams beschrieben. Es kommt zu Störungen in folgenden Bereichen (nach Feuerlein 1979, S. 78f):

1. Vegetative Symptome: Hyperhidrosis, Pruritis, Schlafstörungen
2. Neurologische Symptome: Tremor, Dysarthrie, ataktische Störungen, Parästhesien, epileptische Anfälle.
3. Psychische Störungen: Angst, vermehrte Reizbarkeit, depressive Stimmungen, Gedächtnisstörungen, Halluzinationen, Störungen der Bewußtseinslage.
4. Internistische Symptome: Magen-Darmstörungen, dazu gehören Appetitstörungen, Brechreiz, Erbrechen, Magenbeschwerden, Durchfälle; Herz- und Kreislaufstörungen, Tachykardie.

Das Alkoholentzugssyndrom bildet sich meist nach einigen Tagen zurück, kann aber auch einige Wochen anhalten. In Form eines Selbstbeurteilungsfragebogens können eine Reihe der hier aufgelisteten Symptome erfaßt werden, insbesondere vegetative Störungen, internistische Störungen, neurologische Symptome und psychische Störungen.

2.4.3.2 Alkoholfolgekrankheiten (nach Feuerlein 1979)

Lebererkrankungen: Die wichtigsten Störungen sind die

- Alkoholfettleber (Lebervergrößerung, Indolenz oder erhöhte Transaminasenwerte; diese können aber auch normal sein);
- Alkoholhepatitis: Dabei unterscheidet man eine chronisch-persistierende Hepatitis (charakteristische Symptome, wie Verdauungsstörungen, Völlegefühl sowie Erhöhung der Leberwerte) und eine chronisch-aggressive Hepatitis (mit ähnlichen, aber stärker ausgeprägten Symptomen wie oben, Gelbsucht, Druckempfindlichkeit u.a.).

- Leberzirrhose: Kommt bei 10 bis 20% der Alkoholiker vor; umgekehrt können 30 bis 50% der Leberzirrhosen auf Alkoholmißbrauch zurückgeführt werden.
  Es werden zwei Arten von Leberzirrhosen, nämlich die kompensierten, inaktiven Leberzirrhosen und zum anderen die dekompensierten Leberzirrhosen unterschieden.
  Die inaktive Leberzirrhose ist subjektiv durch Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Meteorismus, Müdigkeit und Depressivität gekennzeichnet. Beobachtbare Symptome sind Hautveränderungen (Gefäßsternchen, Weißflecken der Haut), weiße Flecken auf den Fingernägeln, Rötung der Handfläche (Palmaerythem), Rückgang der Körperbehaarung und Schambehaarung u.a.
  Auf Laborbefunde und auf die Morphologie sei hier nicht weiter eingegangen, da für die mögliche Beurteilungsdimension "somatische Störungen" die Globaldiagnose Leberzirrhose entscheidend ist.
- Alkoholische Pankreaserkrankungen: Man schätzt, daß es etwa bei einem Viertel der Alkoholiker zu pathologisch-anatomischen Pankreasveränderungen kommt. Die Häufigkeit dieser Erkrankung erscheint jedoch in verschiedenen Regionen stark zu streuen (in Mitteleuropa z.B. weniger häufig als in den USA). Klinische Symptome sind intermittierende Bauchbeschwerden, die vorwiegend nach links, aber auch nach rechts ausstrahlen und sich nach hinten in den Rücken fortsetzen. Auch tritt bei einem Drittel der Patienten Steatorrhoe auf. (Die morphologischen und biochemischen Befunde sind für die vorliegende Aufgabenstellung nicht von Bedeutung).
- Gastro-intestinale Störungen: Bei chronischem Alkoholmißbrauch kommt es zu einer ständigen Reizung der Magenschleimhaut und auf diese Weise zu Gastritiden. Darüberhinaus kann es zur Entwicklung von Magengeschwüren kommen. Alkohol wird zum großen Teil im Dünndarm aufgenommen, wo es auch zu morphologischen und funktionellen Veränderungen im Sinne einer Malabsorption kommen kann.
- Alkoholische Kardiomyopathie: Die Diagnose alkoholische

Kardiomyopathien wird nach dem Ausschluß anderer Gründe gestellt. Es liegt eine chronische Herzinsuffizienz eines dilatierten Herzens vor. Symptome sind Tachykardie, Herzinsuffizienz mit Lungenstauung, Dyspnoe und Ödeme. Die Diagnose ist nicht einfach zu stellen.

- Alkoholische Myopathie: Darunter versteht man eine Muskelerkrankung, die zunächst durch Muskelschwäche und dann auch durch rasch auftretende Schmerzen in den entsprechenden Muskelbereichen, durch Schwellungen, Druckempfindlichkeit und der Neigung zu Muskelkrämpfen charakterisiert ist.

2.4.3.3 Psychiatrische Alkoholfolgekrankheiten

- Alkoholdelir: Man schätzt, daß etwa 15% der Alkoholiker ein Alkoholdelir entwickeln. Das Alkoholdelir wird als die höchste Stufe des Alkoholentzugssyndroms bezeichnet. Als Übergangsstufe von den bekannten Entzugserscheinungen bis hin zum Vollbild eines Delirs spricht man im angelsächsischen Raum von einem akuten halluzinatorischen Zustand.
  Die Symptomatik des Alkoholdelirs ist hauptsächlich gekennzeichnet durch Desorientiertheit in örtlicher, zeitlicher und situativer Hinsicht, durch psychomotorische Unruhe, die bis zu schwerer Erregtheit gesteigert sein kann, durch grobschlägigen Tremor, durch Halluzinationen (meist optischer Art: kleine bewegte Gegenstände, aber auch Massenszenen), erhöhte Suggestibilität (Ablesen von einem leeren Blatt). Hinzu kommen vegetative Symptome wie Schlaflosigkeit, Hyperhidrosis, Tachykardie u.a.
- Alkoholhalluzinose: Diese relativ seltene Alkoholpsychose ist in erster Linie durch akustische Halluzinationen mit paranoiden Inhalten (z.B. Verfolgungen) gekennzeichnet. Die Stimmung ist meist depressiv und von Angst gekennzeichnet. Die Orientierung bleibt meist voll erhalten. Vegetative Begleiterscheinungen sind bis auf Schlafstörungen selten. Andere psychiatrische Störungen, wie der alkoholische Eifersuchtswahn und die Alkoholparanoia sind sehr selten, so daß hier nicht näher darauf eingegangen wird.

2.4.3.4 Neurologische Alkoholfolgekrankheiten

Das Wernicke-Korsakow-Syndrom wurde früher von der Wernick'schen Erkrankung getrennt, heute werden sie zusammen mit der Kleinhirnatrophie als verschiedene Stadien ein und derselben Erkrankung angesehen. Etwa 3 bis 5% der Alkoholiker leiden an dieser Erkrankung im mittleren bis höherem Alter.
Die Wernick'sche Krankheit ist häufig neurologisch mit Augenmuskellähmung, Pupillenstörungen, Nystagmus, sowie Gang- und Gehunsicherheiten verbunden. Psychisch kommt es zu leicht deliranten Symptomen, später zu Teilnahmslosigkeit und Apathie. Laborcharakteristika sind häufig Erhöhung des Gesamteinweisses im Liquor, verminderte Hirndurchblutung, EEG-Veränderungen. Bei Besserung kommt es im günstigsten Fall zu einem anamnestisch-konfabulatorischen Durchgangssyndrom, im ungünstigen Fall entwickelt sich ein Korsakow-Syndrom.
Die Korsakow-Psychose ist charakterisiert
1. durch einen Verlust des Altgedächtnisses verbunden mit der Unfähigkeit, neue Gedächtnisinhalte zu erlernen;
2. durch eine verminderte Fähigkeit zur Reproduktion von Gedächtnisinhalten;
3. durch eine Verminderung der Spontanität und Initiative (Konfabulationen treten häufig, aber nicht regelmäßig auf);
3. durch Störungen der Konzentrationsfähigkeit und der räumlichen Organisation.
Alkoholische Polyneuropathie: Ungefähr bei 20% der Alkoholiker entwickelt sich eine Polyneuropathie. Die ersten subjektiven Symptome sind schmerzhafte Mißempfindungen, Kribbeln, Taubheitsgefühle.
Häufig sind auch ziehende, brennende oder stechende Schmerzen sowie Muskelkrämpfe. Außerdem treten Gehunsicherheiten und eine charakteristische Druckempfindlichkeit der Waden auf. Gestört ist am häufigsten die Tiefensensibilität, die Lageempfindung, Oberflächenempfindungen sowie Schmerz- und

Temperaturempfindungen. Die Muskulatur ist häufig geschwächt Abschwächung der Eigenreflexe der unteren Extremitäten, Hyperhidrosis, Beinödeme u.a.

- Epileptische Anfälle: Dabei ist zu unterscheiden, ob epileptische Anfälle als unabhängig vom Alkoholmißbrauch anzusehen sind (z.B. schon vor dem chronischen Alkoholmißbrauch bestanden haben) oder unter Umständen auch durch Alkohol provoziert werden. Davon ist ein direkter Einfluß abzugrenzen im Sinne einer Erhöhung einer bislang latenten Krampfbereitschaft oder Veränderung der Krampfbereitschaft, ohne einen dem Alkoholmißbrauch vorhergehenden Befund.

2.4.4 Diskussion und Folgerungen

Die Bedeutung der Alkoholfolgekrankheiten für die Behandlung ergibt sich einmal direkt aus der Symptomatik hinsichtlich einer somatischen Behandlung. Die Bedeutung dagegen für die Einhaltung der Abstinenz, die im allgemeinen als Therapieziel und gleichzeitig als Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung angesehen wird, ist weit weniger klar. Eine sinnvolle Hypothese besteht darin, daß man sagt, je deutlicher und akuter die somatischen Schäden ausgeprägt sind, desto stärker ist der Leidensdruck und die Therapiemotivation sowie die Bereitschaft zur Abstinenz.

Bei gehäuftem Auftreten psychovegetativer Beschwerden wäre zu fragen, ob diese z.B. zunächst eine mehr symptombezogene, wenn auch unspezifische Behandlung erfordern (z.B. autogenes Training, Entspannungstraining u.a.), unabhängig von einer Gruppentherapie als Kern einer psychotherapeutischen Behandlung. bei Alkoholabhängigen.

Einige der Alkoholfolgekrankheiten (z.B. das Korsakow-Syndrom) können u.U. als Kontraindikation für eine umfangreichere psychotherapeutische Behandlung angesehen werden. Ob über diese Möglichkeiten hinaus ein Zusammenhang besteht zwischen der Art der somatischen Erkrankung und einer Alkoholismustypologie mit prognostischen Aussagemöglichkeiten, ist eine offene Frage und kann theoretisch nur schwer geklärt werden.

2.5 Psychische Alkoholwirkung und Einstellungen zum Alkohol

Nachdem die Suche nach einer Alkoholikerpersönlichkeit auf beträchtliche Schwierigkeiten gestoßen ist und zumindest auf den ersten Blick wenig konsistente Ergebnisse hervorgebracht hat, ist im Zuge der Entwicklung des Behaviorismus ein zweiter Ansatz zur Analyse des Alkoholismus stärker in den Vordergrund getreten. Man begann nun in experimenteller Weise das Trinkverhalten und die Auswirkungen des Alkohols auf das Verhalten zu untersuchen. Dabei stand meist die Spannungsreduktionshypothese im Vordergrund; in neueren Arbeiten hat man sich auch mit der experimentellen Forschung des Kontrollverlusts beschäftigt.
Die subjektive Wirkung des Alkohols auf Gefühle, Vorstellungen und Einstellungen des Alkoholkonsumenten ist für die Erfassung der vielfältigen Phänomene des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit von großer Bedeutung. Es ist z.B. denkbar, daß die Wirkung von Alkohol auf Alkoholabhängige und auf Normalkonsumenten unterschiedlich ist. Welche Aspekte der Alkoholwirkung wichtig sind und eventuell als Hinweis für Prognose und Indikation dienen können, soll nun in einem rasterhaften Überblick näher diskutiert werden.

2.5.1 Die Spannungs-Reduktionshypothese

Als erste und bislang am stärksten diskutierte These der Alkoholwirkung wird nun die Spannungs-Reduktionshypothese (SRH) untersucht. Sie wurde durch die Untersuchungen von Massermann und Yum (1946 u.a.) und durch zahlreiche Untersuchungen von Conger (1956) stark gestützt. Wichtige Übersichtsarbeiten zur SRH wurden von Cappell u. Herrmann (1972), Vogel-Sprott (1972), Franks (1970) u.a. zusammengestellt.
Cappell u. Herrmann (1972, 1975) betonen die zahlreichen widersprüchlichen Ergebnisse, die ihnen die empirische Bestätigung dieser so plausiblen Hypothese mehr als fraglich

erscheinen lassen. Mit dieser Feststellung ist es jedoch nicht getan, sondern es geht um den Versuch, die widersprüchlichen Ergebnisse näher zu analysieren, um Anhaltspunkte für differenziertere Hypothesen und für eine Weiterentwicklung theoretischer Vorstellungen zu bekommen.
Nach Cappell (1975) sind zwei Hypothesen mit der SRH verbunden.
Hypothese 1: Alkohol reduziert Spannungen und Konflikte.
Hypothese 2: Leute trinken, um Spannungen abzubauen. Beide Hypothesen seien jedoch unabhängig voneinander zu überprüfen, da aus der Alkoholwirkung nicht unmittelbar die Motivation zum Alkoholkonsum abgeleitet werden könne.
Was unter Spannungen zu verstehen ist, wird meist mit Streß, Frustration, Angst, Depression und anderen unangenehmen Gefühlen in Beziehung gebracht. In den Tierexperimenten wird meist vorausgesetzt, daß bestimmte experimentelle Paradigma z.B. ein Elektroschock in einem bestimmten Käfig zu inneren Zuständen wie Angst und Streß führt. Es gibt eine Fülle von Untersuchungen in diesem Bereich, vor allem Tierexperimente, während erst in den letzten 10-20 Jahren verstärkt auch experimentelle Untersuchungen am Menschen durchgeführt wurden, denen hier für unsere Analyse größere Bedeutung zukommt. Trotzdem werden die tierexperimentellen Ergebnisse nicht völlig ausgespart.

2.5.1.1 Die zusammenfassenden Ergebnisse von Cappell u. Herrmann (1972)

Der Übersichtsartikel basiert zum weit überwiegenden Teil auf Tieruntersuchungen. Es werden folgende Lernbereiche untersucht:

1. Vermeidungs- und Fluchtverhalten
2. Löschung und partielle Verstärkung
3. Konflikt und experimentelle Neurose
4. Konditionierte Unterdrückung
5. Streß und Verhaltensstörung

6. Risiko-Verhalten
7. Psychophysische Indikatoren und
8. Ergebnisse projektiver Testverfahren und Selbstbeurteilungen des affektiven Zustandes im Zusammenhang mit Alkohol

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß lediglich die Untersuchungsergebnisse im Bereich Konflikt und experimenteller Neurose die SRH unterstützen,in den anderen Bereichen dagegen die widersprüchlichen Ergebnisse mindestens gleich häufig sind, wenn nicht gar überwiegen.

Dieser Feststellung kann nur zugestimmt werden, wenn man von einer naiven Form der Spannungs-Reduktionshypothese ausgeht. Die Aufgabe einer Analyse der verschiedenen Untersuchungsergebnisse sollte aber eher darin gesehen werden, unter welchen Bedingungen die Hypothese richtig ist, wo sie differenziert werden muß und wo sie abgelehnt werden sollte.

Ein Beispiel für mangelhafte Differenzierung in der Übersichtsarbeit: Unter der Überschrift "Streß and behaviour disruption" werden einige Untersuchungen mit der verzögerten Rückkopplung des eigenen Sprechens (delayed auditory feedback) dargestellt, wodurch ein unangenehmer Zustand bei der Versuchsperson erzeugt werden konnte. Entsprechend der SRH müßte Alkohol diesen aversiven Zustand abschwächen und damit die Verbalisation wieder ansteigen lassen. Es tritt aber genau das Gegenteil ein, die Verbalisation geht in ihrer Häufigkeit unter Alkohol noch weiter zurück. Wenn man dabei aber berücksichtigt, daß Alkohol in Abhängigkeit von der konsumierten Menge auch die Verbalisationsfähigkeit verschlechtert, dann kann dieser Alkoholeffekt u.U. allein für diese Ergebnisse verantwortlich gemacht werden. Diese Erklärungsmöglichkeit wird aber überhaupt nicht diskutiert. Dieses Beispiel zeigt auch, daß häufig bei der Analyse der Untersuchungen nicht berücksichtigt wird, daß Alkohol gleichzeitig auf verschiedenste Organsysteme wirken kann, die relativ voneinander unabhängig sind und in ihrer Wirkung auch ent-

gegengesetzt sein können. Alkohol ruft in bestimmten Dosen Artikulations- und Gehstörungen hervor, kann deswegen aber trotzdem als angenehm erlebt werden. Im Bereich der konditionierten Unterdrückung wurden vor allem Untersuchungen über die konditionierte Unterdrückung des Eßverhaltens bei Tieren dargestellt. Entsprechend der SRH führt Alkohol jedoch nicht dazu, daß durch einen Spannungsabbau wieder häufiger Eßverhalten auftritt, im Gegensatz zu der Wirkung anderer Drogen. Daraus wird auf einen Widerspruch zur SRH geschlossen, ohne aber dabei zu berücksichtigen oder zu diskutieren, daß Alkohol auch ein Kalorienträger ist und damit event. den Nahrungs- oder Hungertrieb stark beeinflußen kann. Wiederum könnte dieser Effekt allein die Testergebnisse erklären.

Im Bereich "Vermeidungs- und Fluchtverhalten" haben einige Untersuchungen ergeben, daß im Widerspruch zur naiven SRH es unter Alkoholeinfluß auch zu einer Verstärkung der Fluchtreaktionen kommen kann. Diese Ergebnisse können am besten verstanden werden, wenn man an die aktivierende Wirkung des Alkohols auf das Verhalten denkt.

Untersuchungen zur "Löschung" von Verhaltensweisen können eher als Bestätigung der SRH aufgefaßt werden. Zum Teil werden von den Autoren auch auf mögliche alternative Erklärungsmöglichkeiten hingewiesen, z.B. darauf, daß Alkohol die Wahrnehmungsfunktionen beeinflußt und damit Zusammenhänge zwischen Außenreizen als diskriminative unkonditionierte Stimuli in ihrer Bedeutung nicht mehr so stark wahrgenommen werden können . Dies ist wiederum ein Hinweis auf die komplexe Wirkung des Alkohols und muß nicht im Widerspruch stehen zur SRH.

Im Abschnitt über psychophysische Indikatoren der Alkoholwirkung kommt es insgesamt gesehen zu keinen konsistenten Ergebnissen. Es werden allerdings nur wenige Arbeiten in diesem Bereich zitiert.

Im Abschnitt über die Wirkung auf Gefühlszustände beim Menschen wird vor allem die Situationsabhängigkeit in den Untersuchungsergebnissen deutlich.
Wenn man versucht, die Untersuchungsergebnisse in dieser Überblicksarbeit zusammenzufassen und zu interpretieren, kann man zu anderen Folgerungen als die Autoren kommen:

1. Die SRH scheint nur in ihrer naiven Form widerlegt. Eine simple Hypothesenbildung kann der komplexen Alkoholwirkung in keiner Weise gerecht werden.
2. Bei der Überprüfung der SRH muß von vornherein ein komplexer Ansatz gewählt werden. Alkohol wirkt gleichzeitig auf verschiedene Organsysteme. Deshalb sollten mindestens folgende Aspekte der Alkoholwirkung berücksichtigt werden:
   a) Alkohol beeinträchtigt die Wahrnehmungsfunktionen und die motorischen Funktionen, die bei Lernprozessen von Bedeutung sein können.
   b) Alkohol ist auch als ein Nahrungsmittel zu betrachten.
   c) Der situative Kontex und damit der situativ bedingte Zustand der Versuchsperson bzw. des Versuchsobjekts sind bei der Alkoholwirkung zu berücksichtigen.
   d) Die Dosisabhängigkeit der Alkoholwirkung
3. Das, was Entspannung heißt, sollte genauer definiert werden und auf verschiedenen Meßebenen wie z.B. einer biologischen Meßebene, auf der Ebene beobachtbaren Verhaltens und auf der subjektiven Ebene der Selbstbeurteilung erfaßt werden.
4. Interessanterweise sind die Ergebnisse bei Experimenten zum Konflikt am meisten konsistent mit der SRH. Strittig ist allerdings die Erklärung dafür, ob Alkohol in dem Konfliktmodell auf den Vermeidungsgradienten oder den Annäherungsgradienten einwirkt. Verschiedene Beobachtungen weisen darauf hin, daß der Konfliktzustand beim Versuchstier vermutlich sich noch erhöht (verstärkt beobachtbare Anzeichen für Streß), so daß dann angenommen wird, daß Alkohol hauptsächlich auf den Annäherungsgradienten einwirkt (Conger 1956, Brown u. Cromwell 1974). Damit kannaber weniger von Entspannung gesprochen werden. Entscheidend

erscheint aber dennoch der positive Effekt in vielen Konfliktsituationen, bei denen die Annäherung und Zielerreichung trotz des Streßzustandes eine Verstärkung erfährt.

5. Man sollte davon ausgehen, daß die Reduzierung von Spannungen und Streß auf vielfältige Weise vor sich gehen kann und die einfachste Möglichkeit, daß Alkohol direkt einen aversiven Gefühlszustand biochemisch beeinflußt, als zumindest nicht ausreichend angesehen werden kann.
6. In verschiedenen Untersuchungen mit Alkoholikern zeigte sich, daß Alkoholabhängige unter Alkohol zunehmend mehr Angstgefühle und Depressionen erleben, die sie dann allerdings im nüchternen Zustand nicht mehr erinnern können (vgl. Mello, 1972). Diese Beobachtungen erscheinen als die stärkste Herausforderung an die SRH.

2.5.1.2 Die Untersuchungen von Marlatt u. Mitarbeitern

Eine Reihe interessanter experimenteller Untersuchungen zur SRH sind von Marlatt u. Mitarb. (1973, 1976) durchgeführt worden.
Zur Situationsabhängigkeit der Alkoholwirkung seien 3 Untersuchungen von Marlatt u. Mitarbeitern (s. Marlatt 1978) dargestellt.
Untersuchung 1: Über die Alkoholwirkung bei angedrohtem Elektroschock.
Stichprobe: College-Studenten. Als Testsituation wurde eine Geschmacksprobe überzeugend getarnt. Ergebnis: Trotz der drohenden Spannung eines Elektroschocks kam es insgesamt nicht zu einer Erhöhung des Alkoholkonsums.
Untersuchung 2: Die Stichprobe war dieselbe wie oben. Die experimentelle Bedingung ist nur durch soziale Angst charakterisiert. Die männlichen Versuchspersonen wurden durch Frauen beurteilt. Ergebnis: Hier zeigte sich, daß in dieser Streßsituation signifikant mehr Alkohol getrunken wurde.

Untersuchung 3: Im Unterschied zu Untersuchung 2 wurde nun einem Teil der Versuchsgruppe Gelegenheit geboten, ihre Spannungen abzureagieren. Das Ergebnis war, daß diese Versuchsgruppe nicht mehr Alkohol trank als vorher, im Gegensatz zur anderen Versuchsgruppe, die diese Möglichkeit der Affektabfuhr nicht bekam.

Die zitierten Untersuchungen ergeben insgesamt einen deutlichen Hinweis auf eine Situationsabhängigkeit des Bedürfnisses nach Alkohol. Eine Erklärungsmöglichkeit für diese Situationsabhängigkeit besteht in den Erwartungen gegenüber der Alkoholwirkung. Aufgrund der Lerngeschichte bezüglich Alkohol kann sich die Erfahrung (oder Konditionierung) herausgebildet haben, daß Alkohol in sozialen Situationen erleichternd wirkt; dagegen ist die Wirkung bei einem Elektroschock unbekannt, so daß deshalb keine Erwartung für die Alkoholwirkung in dieser Situation aufgebaut werden kann.

In der Überblicksarbeit von Marlatt (1970) werden noch eine Reihe weiterer Einflußfaktoren auf den Alkoholkonsum und auf die Alkoholwirkung betont und entsprechende Untersuchungen angeführt:

1. Die Dosisabhängigkeit der Alkoholwirkung: Marlatt (u.a) spricht von einer biphasischen Wirkung des Alkohols. In niedriger Dosierung führt Alkohol zu einer Aktivierung, in höherer Dosierung überwiegt der sedative Effekt. Man spricht auch von einer umgekehrten U-Funktion der Alkoholwirkung.
2. Einfluß von Erwartungen: Dazu wurde von Marlatt u. Mitarb. (1973) folgende Untersuchung durchgeführt: Versuchsgruppe I bekam Tonic-Getränke ohne Alkohol und gleichzeitig die Information, daß es sich um ein alkoholisches Getränk handle. Versuchsgruppe II bekam tatsächlich Alkohol zusammen mit der Information, daß es sich um Alkohol handelt. Versuchsgruppe III erhielt ein Tonic-Getränk und die Information, daß kein Alkohol enthalten sei. Versuchsgruppe IV schließlich bekam ein alkoholisches Getränk zusammen mit der Information, daß es sich nicht um Alkohol handle. Es zeigte sich, daß die Information Alkohol oder nicht den einzigen signifikanten

Einfluß auf den Alkoholkonsum bewirkte. Nicht Alkohol führte dazu, daß der Alkoholkonsum bei den Versuchspersonen anstieg, sondern die Information darüber und vermutlich eben die Erwartung, die sich angeregt durch die Information aufbauen konnte.

Dieses Ergebnis wird auch gestützt durch die Untersuchung von Engle u. Williams (1972): Die Versuchsgruppe bestand aus 4 Alkoholikergruppen zu je 10 Patienten; Gruppe I: Vitamin-Mixtur; Gruppe II: Vitamin-Mischung und Wodka; Gruppe I und II wurde nicht darüber informiert, daß sie Alkohol bekamen. Gruppe III: Vitamin-Mischung und Alkohol; Gruppe IV: nur Vitamin-Mischung; Gruppe III und Gruppe IV wurde gesagt, daß sie Alkohol bekämen.

Ergebnisse: Es zeigte sich deutlich, daß die Reaktionen (physiologisch und psychisch) abhängig waren von den Erwartungen gegenüber dem Getränk und weniger von der Alkoholwirkung. Ein Zusammenwirken von Erwartung und tatsächlicher Alkoholwirkung läßt sich aus den vorliegenden Ergebnissen aber nicht eindeutig ausschließen, da die Instruktion Alkohol allein zwar zu einem erheblichen Verlangen nach dem Getränk führte, welches aber nicht so stark war wie in Gruppe III, die tatsächlich Alkohol bekommen hatte.

3. Abhängigkeit von der Stichprobe:

Zunächst bietet sich die Unterscheidung von Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern hinsichtlich der unterschiedlichen Wirkung von Alkohol an.

4. Einfluß sozialer Umgebungsfaktoren

Eine Reihe von Untersuchungen haben nach Marlatt gezeigt, daß der Alkoholkonsum durch Trinkmodelle beeinflußt werden kann (Beobachtungslernen, soziale Verstärkung). Bekannt ist auch der Einfluß sogenannter Peer-Gruppen auf das Trinkverhalten von Jugendlichen.

Zum Einfluß der äußeren Situation sei noch eine Untersuchung von Nathan (1978) zitiert. Er verglich eine Krankenhaussituation mit einer Barsituation (ebenfalls im Krankenhaus) be-

züglich der Wirkung auf die getrunkene Alkoholmenge. In der letzteren Situation wurde deutlich mehr getrunken als in der üblichen Krankenhaussituation. McClelland et al (1972)verglich den Alkoholkonsum von Normaltrinkern in der Situation eines Klassenzimmers und in einem gemütlich eingerichteten Raum. Entgegengesetzt zu der These, daß im Klassenzimmer mehr Spannung entsteht und deshalb mehr getrunken wird, zeigte sich, daß Nicht-Alkoholiker in der angenehmeren Situation mehr Alkohol getrunken haben.

2.5.2 Die Theorie von Russel u. Mehrabian über die Alkoholwirkung

Der gefühlstheoretische Ansatz von Russel u. Mehrabian (1975) unterscheidet bei einem Affekt 3 Aspekte oder Dimensionen:

1. Die Dimension angenehm-unangenehm (pleasure-displeasure)
2. Die Dimension Aktivierung (arousal-nonarousal): Alkohol wirkt in kleinen Dosen stimulierend, in höheren Dosen dämpfend.
3. Die Dimension Dominanz (dominance-submissiveness): Kleine Alkoholdosen erhöhen die Dominanz.

Jeder Affekt wird dann im Sinne einer linearen Gleichung aus diesen 3 Komponenten zusammengesetzt.

Der emotionale Zustand einer Person ist dann abhängig

1. von seinem vorhergehenden emotionalen Zustand, mit dem er in die Trinksituation kommt;
2. von gefühlsauslösenden Qualitäten der Situation, in der er trinkt;
3. von der charakteristischen emotionalen Prädisposition, die durch die Persönlichkeit des Alkoholkonsumenten geprägt ist;
4. von der getrunkenen Alkoholmenge.

Die wichtigsten Gefühlszustände werden folgendermaßen charakterisiert:

Depression = niedrige Aktivierung + unangenehm + niedrige Dominanz

Freude = hohe Aktivierung + angenehm + hohe Dominanz
Angst = hohe Aktivierung + unangenehm + niedrige Dominanz
Das Wirkungsspektrum des Alkohols wird je nach Dosis unterschiedlich aussehen:
Geringe Alkoholmenge ---▶ höhere Aktivierung + angenehm + Dominanz.
Höhere Alkoholmenge ---▶ niedrige Aktivierung + unangenehm + Dominanz.
Wenn auch im einzelnen nicht klar ist, wie nun das Wirkungsspektrum des Alkohols und der Ausgangszustand des Alkoholkonsumenten zusammenwirkt, so ergibt sich dennoch ein interessanter theoretischer Ansatz, der über die SRH hinausführt und dazu beitragen kann, die teilweise diskrepanten Ergebnisse über die Alkoholwirkung besser zu verstehen. Deutlich wird die Komplexität der möglichen Auswirkungen auf die Gefühlszustände, wenn lediglich diese 3 Aspekte einer Alkoholwirkung unterschieden werden und dazu die vorher berichteten Einflußfaktoren der Situation mit berücksichtigt werden.
Die bekannten Untersuchungen von Schachter u. Singer (1962) über den Zusammenhang von biochemischen Substanzen wie z.B. Adrenalin und Gefühlszuständen unterscheiden lediglich 2 Aspekte, nämlich 1. einen unspezifischen physiologischen Effekt und 2. die Abhängigkeit dieses physischen Effekts von einer entsprechenden inneren Interpretation im Situationskontext (2-Faktoren-Theorie).
Der theoretische Ansatz von Russel u. Mehrabian umfaßt diese 2-Faktoren-Theorie der Gefühle und bezieht zwei psychische Aspekte von Gefühlen mit ein, nämlich Lust und Dominanz, enthält aber vor allem bezüglich des Übergangs von einem Gefühlszustand zum anderen noch eine Reihe ungelöster Fragen. Nur eine empirische Überprüfung von Vorhersagen in bestimmten Situationen und bestimmten Bedingungen kann letztlich Aufschluß über diesen insgesamt interessanten Theorieansatz geben.

2.5.3 Fragebogenuntersuchungen zur Trinkmotivation

Auf die Trinkmotivation kann entweder aufgrund des Verhaltens in bestimmten Situationen geschlossen werden oder aber es werden Versuchspersonen direkt bezüglich der Trinkmotive befragt. Dabei können vor allem 2 Verfälschungstendenzen wirksam werden: 1. Der Befragte ist sich seiner Trinkmotive nicht bewußt oder kann diese nicht ausreichend verbal beschreiben. Oder 2. die sozial wenig akzeptierten Trinkmotive werden mit sozialen Motiven maskiert, was zum Teil bewußt, zum Teil unbewußt erfolgen kann (vgl. Schulz 1976). Das erste Problem kann durch die Vorgabe bestimmter Trinkmotive zumindest abgeschwächt werden, während das zweite Problem in einer Fragebogenuntersuchung kaum berücksichtigt werden kann. Dazu wären tiefenpsychologische Interviews oder ein längerer Beobachtungszeitraum erforderlich. Mulford u. Miller (1960) unterscheiden zwischen sozialen und persönlichen Trinkmotiven. Letztere sind stärker mit Konflikten und Problemen verbunden. Die Verbindung solcher Trinkmotive mit hohem Alkoholkonsum wird in der angelsächsischen Literatur als Fluchttrinken bezeichnet. Motive des Fluchttrinkens sind in der Normalbevölkerung weit verbreitet. In einer repräsentativen Untersuchung der Bevölkerung der USA (Cahalan u. Cisin 1968) wurden von 29% (32% der Männer und 26% der Frauen) solche Trinkmotive angegeben (Fluchttrinken war definiert durch mindestens 2 von 5 persönlichen Trinkmotiven). In einer weiteren groß angelegten Untersuchung von Cahalan (1970) gab insgesamt rund die Hälfte der Männer Trinkmotive an, die eindeutig dem Wirkungstrinken zugeordnet werden können. Seelische Abhängigkeit, definiert durch die persönlichen Trinkmotive, wurde bei 8% der 751 Männer und bei 3% der 602 Frauen festgestellt.

In 2 Untersuchungen von Schulz (1976) wurde zwischen potentiellen (Kenntnis der Trinkmotive) und aktualisierten Trinkmotiven (... deswegen trinke ich zuweilen) unterschieden. Potentielle Trinkmotive sollen nach Schulz mehr auf eine latente Verhaltensbereitschaft hingewiesen, die unter be-

stimmten Bedingungen aktiviert werden kann. In den Untersuchungen wurden jeweils 33 Trinkmotive in einer Liste vorgegeben. Hinsichtlich der potentiellen Trinkmotive bejahten 40% der Befragten 10 bis 17 Motive und 35% zwischen 18 und 33 Motive. Bei den aktualisierten Trinkmotiven bejahten 23% zwischen 10 und 17 Trinkmotive und 12% zwischen 18 und 31 Trinkmotive. Nur wenige haben ausschließlich gesellschaftliche Funktionen des Trinkens genannt. Als wichtigste Trinkmotive nach dem Geselligkeitstrinken werden genannt: Persönlichkeitssteigerung, Ich-Stärkung und erotische Funktionen der Alkoholwirkung. Rund 3/4 aller Befragten kennen Motive des Wirkungstrinkens,ohne dies aber bewußt anzustreben. Daraus wird von Schulz die Vermutung abgeleitet, daß unter bestimmten, nicht näher definierten Bedingungen, Wirkungstrinken jederzeit aktualisierbar ist. Der Zusammenhang zwischen potentiellen und aktualisierten Trinkmotiven betrug r = 0,62.

Starke Alkoholkonsumenten äußern signifikant häufiger Motive der Aggressionsunterdrückung und der Frustrationsbewältigung und weisen insgesamt ein etwas breiteres Erfahrungsspektrum über die Alkoholwirkung auf. Insgesamt tragen die Trinkmotive nur wenig zur Differenzierung zwischen starken und mäßigen Trinkern bei (Schulz 1976).

In einer weiteren Untersuchung von Schulz (1976) finden 20 bis 30% der Befragten Alkohol in geringen Dosen förderlich für ihre Arbeit.

Über die Trinkmotivation bei Rückfällen wurde von Ludwig (1972) eine Untersuchung an 176 Männer durchgeführt, die im Anschluß an eine Behandlung nach 3, 6, 9, 12 und 18 Monaten katamnestisch nachuntersucht wurden. Es wird über 161 Rückfälle berichtet. Nur 94 (53%) der Stichprobe hatte mindestens eine Abstinenzperiode von mindestens 3 Monaten erreicht. Bei den Gründen für Rückfälle standen an erster Stelle psychischer Streß (25%), gefolgt von "keine spezifischen Gründe" (19%), Familienprobleme (13%), Effekt der

Lust (11%), Gründe der Geselligkeit (10%), Verlangen nach Alkohol (1%) u.a.
In dieser Untersuchung wurden auch Gründe für Abstinenz erfragt. Es ergab sich folgende Reihenfolge:

1. Kein Bedürfnis, kein Wunsch nach Alkohol 24%
2. Angst vor Konsequenzen 19%
3. Einsicht in Probleme 11%
4. kein spezifischer Grund 7%
5. Anonyme Alkoholiker 7%
6. Behandlung 6%
7. Disulfiram 4%
8. Familieneinflüsse 3%
9. andere 14%

2.5.4 Einstellungen und Normen zum Alkoholkonsum

Neben der Trinkmotivation, die ja auch als Einstellung gegenüber dem Alkoholkonsum aufgefaßt werden kann, gibt es auch weitere Aspekte der Einstellung gegenüber Alkoholtrinken und Alkoholmißbrauch wie z.B. Vorstellungen über die Verträglichkeit von Alkohol, Normen zum sozial akzeptierten Trinken u.ä.m.
Entsprechend der Herkunft des Einstellungskonzepts aus der Sozialpsychologie wurden Einstellungsskalen im Bereich des Alkoholmißbrauchs hauptsächlich von soziologischer und sozial-psychologischer Seite bei Untersuchungen meist normaler Alkoholkonsumenten verwendet. Untersuchungen über Einstellungen bei Alkoholikern sind dagegen relativ selten.
Das letztlich entscheidende Kriterium für die Brauchbarkeit von Einstellungen ist die Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten, das bedeutet die Frage, lassen sich Verhaltensweisen ausreichend genau durch Einstellungen vorhersagen. Über das Verhältnis von Einstellungen und Verhalten gibt es eine umfangreiche Literatur (vgl. Seckord u. Backman 1964, Thomas 1971, Triandis 1975, Petermann 1980). In einem späteren Abschnitt wird die Theorie von Einstellungen und ihre Messung

dargestellt werden. Hier kommt es zunächst nur darauf an, verschiedene Ansätze und Ergebnisse in der Alkoholismusliteratur darzustellen.

2.5.4.1 Untersuchung von Cahalan (1970)

Die von Cahalan durchgeführte Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung der USA ist für uns hier deshalb von größerem Interesse, weil verschiedene Einstellungsvariable miterhoben wurden, die in einem relativ hohen korrelativen Zusammenhang mit dem Trinkverhalten standen.

Der gesamte Datensatz baut sich folgendermaßen auf:

1. 11 Problembereiche als abhängige Variable: 1. Index häufiger Intoxikationen 2. "binge-drinking" 3. symptomatisches Trinken (black-outs), Schwierigkeiten mit der Kontrolle, heimliches Trinken usw. 4. psychische Abhängigkeit, 5. Probleme mit dem Partner oder mit anderen Bezugspersonen, 6. Probleme mit Freunden und Nachbarn 7. berufliche Probleme, 8. Probleme mit der Polizei und Unfälle 9. Gesundheit, 10. finanzielle Probleme, 11. Aggressivität (belligerence) assoziiert mit Trinken.

Aus diesen verschiedenen Problembereichen wurde ein zusammenfassender Problemscore gebildet.

Unabhängige Variable waren 6 sozialpsychologische Skalen:

1. Einstellung zum Trinken (13 Items): Diese Skala setzte sich zusammen aus 4 Items mit sozialen Trinkmotiven, einzelnen Items darüber, wie sehr jemand Alkohol vermissen würde sowie einigen allgemeinen Einstellungsitems wie "Alkohol macht mehr Gutes als Schlechtes" oder "es macht mir Spaß, ab und zu betrunken zu sein"u.a.
2. Soziale Unterstützung für Trinken (21 Items): Der Grundgedanke hierbei ist, daß Trinken ein soziales Lernen darstellt, das durch das Trinkverhalten der sozialen Umgebung wesentlich mitbedingt ist z.B. Einstellungen der Eltern und anderer Bezugspersonen zum Trinken; Personen in der sozialen Umgebung, die viel trinken u.a.
3. Impulsivität und Nonkonformität (40 Items): Die zugrundeliegende Hypothese geht davon aus, daß impulsive Personen oder solche mit schwachen und flexiblen sozialen Normen mehr Alkohol trinken als andere. Inhalte der Items beziehen sich auf impulsives Verhalten, auf einen geringen Spannungsbogen, auf eine Orientierung an kurzfristiger Befriedigung, auf religiöse Einstellungen, auf Items zur Erfassung der externalen versus der internalen Kontrolle und auf Einstellungen gegenüber normabweichendem Verhalten.

4. Entfremdung und Fehlanpassung (43 Items): Die Hypothese dabei ist, daß je schlechter die soziale und körperliche Anpassung erfolgt ist, desto mehr wird Alkohol getrunken. Items beziehen sich u.a. auf neuropsychiatrische Beschwerden, Fragen nach hilfreicher Unterstützung durch andere, berufliche Anpassungsprobleme sowie jetzige und frühere Zufriedenheit.
5. Ungünstige Erwartungen (13 Items): Der Grundgedanke besagt, daß Personen, die glauben ihre Erwartungen realisieren zu können, weniger leicht Zuflucht beim Alkohol suchen als andere.
6. Lockerheit sozialer Kontrolle (5 Items): Es wird angenommen, daß eine starke Bindung an Bezugspersonen auch eher zu einer Übernahme der vorherrschenden sozialen Einstellung eines mäßigen Alkoholkonsums führt.

Diese 6 sozialpsychologischen Variablen erscheinen in sich zum großen Teil sehr heterogen.

Von den Ergebnissen sind für uns nur folgende von Bedeutung: Die multiple Korrelation zwischen dem Summenwert für Probleme und den 6 sozialpsychologischen Variablen beträgt r = 0,42. Am höchsten korreliert die Skala Einstellung zum Trinken mit dem Problemscore. Ebenfalls noch wichtig war die Variable soziale Unterstützung des Alkoholtrinkens, allerdings nur für die Männer. Bei den Frauen ist neben der Einstellung zum Trinken die Variable der Fehlanpassung und der Verfremdung ein wichtiger Faktor. Die übrigen Variablen haben nur eine geringe Bedeutung.

Bemerkung: Die Heterogenität der zum Teil sehr umfangreichen 6 sozialpsychologischen Variablen erscheint sehr groß. Die Bildung von Summenwerten ist psychometrisch nicht überprüft. Reliabilitätsangaben liegen nicht vor. Den Variablen, die mit Alkohol in unmittelbarer Verbindung stehen, kommt offensichtlich eine größere Bedeutung zu als den mehr alkoholunspezifischen Variablen. Inwieweit diese alkoholspezifischen Variablen sich auch für die Voraussage von Veränderungen des Trinkverhaltens eignen, kann aus der Untersuchung von Cahalan, die ja eine Querschnittsanalyse darstellt, nicht beurteilt werden.

2.5.4.2 Untersuchung von Kilty (1978)

Kilty hat versucht, das Einstellungskonzept von Fishbein auf den Bereich des Alkoholkonsums zu übertragen. Die theoretischen Überlegungen von Fishbein gehen davon aus, daß zur Verhaltensvorhersage nicht Einstellungen gegenüber bestimmten Objekten wie z.B. Einstellungen gegenüber Frauen herangezogen werden sollten, sondern Einstellungen zu bestimmten Verhaltensweisen (z.B. Frauen gegenüber aggressiv zu werden) zur Prognose besser beitragen können. Das Konzept von Fishbein läßt sich durch 3 Punkte charakterisieren: 1. Anstelle von Einstellungen gegenüber Objekten ist es für die Verhaltensvorhersage günstiger, Einstellungen gegenüber bestimmten Verhaltensweisen zu erfassen. 2. Einstellungen allein genügen nicht zur Verhaltensvorhersage, sondern zusätzlich sollten normative Meinungen (normativ beliefs) über das fragliche Verhalten erfaßt werden. Diese normativen Meinungen können einmal stärker dem Individuum selbst zugehörig sein oder mehr seine wichtigsten Bezugsgruppen (Familie, Arbeit usw.) charakterisieren. 3. Es soll zunächst nicht das tatsächliche Verhalten, sondern eine Verhaltensabsicht vorhergesagt bzw. erklärt werden.
Abgekürzt läßt sich dieses theoretische Konzept am besten in Form einer Gleichung darstellen:
Offenes Verhalten ≙ Verhaltensabsicht = Einstellung gegenüber dem fraglichen Verhalten + normative Meinung (des Individuums und der sozialen Bezugsgruppen) x Wichtigkeit, mit diesen normativen Meinungen übereinzustimmen.

Zur Methodik der Untersuchung:

Probanden: Stichprobe 191 Männer und 104 Frauen einer ländlichen Bevölkerung (probability sample), Durchschnittsalter 41 Jahre. Stichprobe 2: Studenten einer Schule für Sozialarbeit (65 Männer, 40 Frauen), Durchschnittsalter 27,1 Jahre. Stichprobe 3: Eine Gruppe von Heimbewohnern, 47 Männer, Durchschnittsalter 32,1 Jahre, alle besuchten die AA, 40% davon waren Farbige.
Daten:
Die Daten wurden in einem Interview von 60 bis 90 Minuten

erhoben. Folgende Variablen wurden dabei erfaßt:

1. "behavioral intention": Die Beantworter geben an, wieviel sie an einem bestimmten Tag (in der Zukunft) Alkohol trinken würden.
2. Einstellung gegenüber dem Trinkverhalten: "having a drink" wird als Konzept eines semantischen Differentials (mit 7 Items) erfaßt.
3. "personal normativ belief": Beantworter nehmen auf einer 7-Punkteskala Stellung zu dem Item "ich sollte alkoholische Getränke trinken".
4. "social normativ beliefs": z.B. meine Freunde denken, ich sollte Alkohol trinken. Diese Frage wurde auch für verschiedene andere Bezugsgruppen wie z.B. der Familie formuliert.
5. "motivation compliance": Hierbei geht es um die Frage, wie wichtig es jemandem ist, sich so zu verhalten, wie er glaubt, daß er sich verhalten soll.
6. Selbstbeurteilung des Trinkverhaltens: Diese Skala war die abhängige Variable und umfaßt eine Reihe von Fragen über den Alkoholkonsum jeweils abgestuft nach der Frequenz. Die insgesamt 5 Items wurden zu einem Summenwert zusammengefaßt.

Ergebnisse:

Die multiplen Regressionsanalysen zwischen den Einstellungsvariablen und der Verhaltensabsicht bzw. dem ermittelten Trinkverhalten wurden für die verschiedenen Teilstichproben, die noch nach dem Geschlecht aufgeschlüsselt wurden (insgesamt 5 Gruppen) getrennt berechnet.

Die Motivation für die Einhaltung der Normen wurde aus den Regressionsgleichungen herausgenommen, als sich gezeigt hatte, daß diese Variable nicht zu einer verbesserten Vorhersage beiträgt. Für jede Teilstichprobe wurden 2 Regressionsgleichungen berechnet, einmal mit den Items der verschiedenen sozialen Trinknormen (der einzelnen Bezugsgruppen) als Summenwert und einmal mit den einzelnen Items.

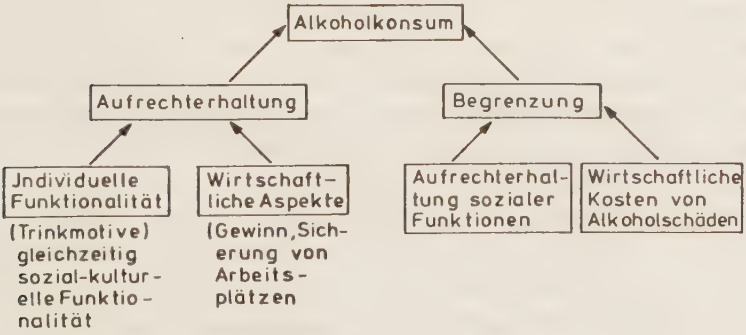
Die durchschnittliche multiple Korrelation zwischen dem Index für Alkoholtrinken und den verschiedenen Einstellungsvariablen betrug r = 0,613 mit Schwankungen je nach Teilstichprobe zwischen 0,327 und 0,8. Für die Verhaltensabsicht als abhängige Variable ergab sich eine multiple Korrelation von 0,796 bis 0,414 je nach Teilstichprobe.

Welche Einstellungsvariable am meisten zur Vorhersage beiträgt, hängt von der Stichprobe ab. Die sozialen normativen Einstellungen tragen sowohl als Einzelitems als auch als Summenwert wenig zur Vorhersage bei. Die besten Prädikatoren waren die persönlichen normativen Einstellungen zum Alkoholtrinken und die allgemeinen Einstellungen gegenüber dem Trinkverhalten.

2.5.4.3 Untersuchungen von Schulz (1976)

Von soziologischer Fragestellung ausgehend wurden neben der funktionellen Bedeutung der Droge Alkohol für die Aufrechterhaltung des sozialen Systems vor allem die normative Funktion von Einstellungen bezüglich des Alkoholkonsums untersucht. Die Ausgangssituation für die Entwicklung von Trinknormen wird von Schulz in der nachfolgenden Abbildung dargestellt:

Abb.4: Schema zur Funktion von Trinknormen



Auf diesem Ansatz aufbauend ergeben sich für Schulz drei Fragestellungen:

1. Wie sieht die Einstellung zum Alkoholkonsum insgesamt aus,und besteht dabei eine situationsspezifische Verankerung und Normierung?
2. Gibt es eine normative Regelung des Trinkverhaltens in Bezug auf das Trinkquantum? und
3. Wie wird das angepaßte Trinken gegenüber einem abweichendem Trinkverhalten normativ abgegrenzt?

Bezüglich der ersten Frage wird in den empirischen Ergebnissen deutlich, daß in Gesellschaft das Nicht-Trinken häufig negativ sanktioniert ist und die Norm des Mittrinkens gilt. Beim Vergleich dreier Situationen, nämlich dem Fernsehen zu Hause, dem Geselligkeitstrinken mit Kollegen und dem Trinken während der Arbeit wird allein das Alkoholtrinken bei der Arbeit ambivalent beurteilt. Dabei wird der Trend deutlich, die Leistungsnormen durch informelle Trinknormen aufzulockern.
Hinsichtlich der Normen zur Trinkmenge wurde die Frage gestellt, "wieviel kann man täglich trinken, um im Bereich des Normalen zu bleiben". Der Modalwert der Antworten liegt in 3 Untersuchungen (Stichproben: in Untersuchung 1 = 60; in Untersuchung 2 = 200; in Untersuchung 3 = 160) bei zwei Viertel Wein. Allerdings schätzt 1/5 bis 1/3 der Stichproben einen Alkoholkonsum von 3 und mehr Vierteln Wein als noch normal ein. Die erlaubte Alkoholmenge in besonderen Situationen zeigt eine stärkere Variation der Antworten. In einer Stichprobe liegt der Medianwert bei 3/4 l Wein, in einer anderen Stichprobe, die keine Abstinenten enthielt, bei 1 l Wein.Unterschiede hinsichtlich der tolerierten Höchstmenge von Alkohol gab es nur bei der Variablen Geschlecht, die mit dem höheren Alkoholkonsum bei Männern in Zusammenhang steht.

Schließlich wurde die korrelative Beziehung zwischen Trinknorm und dem individuellen Alkoholkonsum berechnet. Es ergab sich eine hohe Korrelation von r = 0,89. Die Abgrenzung des Trinkverhaltens als normabweichend ist weniger durch die Alkoholmenge, als vielmehr durch das Verhalten bei Trunkenheit charakterisiert. Insgesamt sind die sozialen Normen bezüglich des erlaubten Trinkens und des Übergangs zum abweichenden Trinkverhalten wenig klar definiert. (Schulz 1976). Die von Schulz untersuchten sozialen Normen zum Alkoholkonsum beziehen sich hauptsächlich auf den Durchschnittskonsumenten und nicht auf den Alkoholabhängigen. Allgemeine soziale Normen haben vermutlich für den durchschnittlichen Alkoholkonsum in einer Bevölkerung größere Bedeutung als für das abweichende Trinkverhalten von Alkoholabhängigen, für die vermutlich persönliche Trinknormen, d.h. auf den persönlichen Alkoholkonsum bezogene Normen entscheidend sind. Außerdem erscheint dabei wichtig, wie individuell persönliche Abweichung von einer für die eigene Persönlichkeit gesetzten Trinknorm sanktioniert werden, welche Kontrollmöglichkeiten dann verfügbar sind und auch eingesetzt werden. Für das von der Norm abweichende Trinkverhalten von Alkoholabhängigen erscheint weniger die soziale Kontrolle als vielmehr die persönliche Kontrolle entscheidend zu sein.

2.5.4.4 Folgerungen

1.) Die Wirkung der Droge Alkohol auf das subjektive Befinden erscheint als ein komplexer Prozeß, bei dem neben der biochemischen Alkoholwirkung emotionale und kognitive Faktoren wie die subjektive Interpretation einer Situation oder Erwartungen über die Alkoholwirkung eine große Rolle spielen.
2.) Alkoholiker unterscheiden sich von Nichtalkoholikern weniger durch die Erfahrung einer spezifischen Alkoholwirkung und damit verbundener spezifischer Trinkmotive,

sondern mehr durch eine breitere Aktualisierung von Trinkmotiven.

3.) Einstellungen zum Alkoholtrinken umfassen verschiedene Gesichtspunkte. Man kann unterscheiden zwischen motivationalen Einstellungen, die zum Alkoholkonsum beitragen, und normativen Einstellungen, die mehr als Kontrollfunktion des Alkoholtrinkens verstanden werden können.

4.) Aus den empirischen Ergebnissen über Einstellungen und Trinkverhalten folgt, daß das Konzept "Einstellung" einen beachtlichen Beitrag zur Vorhersage des Trinkverhaltens leisten kann, zumindest bei Normaltrinkern. Die Bedeutung des Einstellungskonzepts bei Alkoholabhängigen z.B. für den Verlauf und Erfolg einer Behandlung bleibt allerdings noch offen.

5.) Wichtige Beurteilungsdimensionen dieses Abschnittes sind einmal die Trinkmotivation und event. die subjektiv erlebte Alkoholwirkung. Die beiden Aspekte werden in den Skalen personorientierte Trinkmotivation und Selbstbild unter Alkohol erfaßt.

2.5.5 Weitere Untersuchungen

Untersuchung von Veevers (1971):

Fragestellung: 1. Vergleich verschiedener Methoden der Einstellungsmessung. 2. Beziehung zwischen Einstellungen und Trinkverhalten

Stichprobe: 75 nach dem Alkoholkonsum aus einer Gesamtstichprobe von 418 ausgewählten Probanden; davon wurden je 25 als schwere und leichte Trinker eingestuft sowie 25 als abstinent.
Entwicklung der Meßinstrumente: 133 Items aus der Literatur wurden 67 Beurteilern vorgelegt. Die Items sollten hinsichtlich ihres Einflusses auf das tatsächliche Alkoholtrinken einer Person auf einer 11-Punkte-Skala beurteilt werden. Auf diesen Antworten aufbauend wurden folgende Skalen aus jeweils denselben 21 ausgewählten Items zusammengestellt:

1. Eine Skala nach der Methode der sukzessiven Intervalle
2. Eine Skala nach der Methode der gleich erscheinenden Intervalle
3. Einstellungsskala nach Likert
4. Nach bestimmten Kriterien ausgewähltes Einzelitem
5. Graphische Rating-Skalen

Das Trinkverhalten wurde mit einer spezifischen Version eines Mengen-Frequenz Index erfaßt. Aufgrund dieses Index konnten 6 Gruppen von schweren Trinkern bis zu Abstinenten gebildet werden.

Ergebnisse:

Die verschiedenen Einstellungsskalen korrelieren bis auf die graphische Einstellungsskala sehr hoch miteinander. Die Reliabilität (Halbierungsreliabilität) liegt um 0,9. Keine Reliabilitätsangaben konnten bei der "self-rating-Skala" und bei dem Einzelitem gemacht werden. Mit dem Mengen-Frequenz Index zeigten alle Skalen einen signifikanten Zusammenhang. Die niedrigste Korrelation (Gamma-Koeffizient) zeigte die Likert-Skala mit r = 0,456, die höchste Korrelation die Skala nach der Methode der sukzessiven Intervalle mit r = 0,722. Das ausgewählte Einzelitem korrelierte mit 0,637. Trotz dieser Unterschiede kommt der Autor zu der Folgerung, daß keine spezifische Skalierungsmethode einen klaren Vorteil gegenüber den anderen Methoden habe. Eine aufwendige Methodik bei der Skalenkonstruktion würde sich seiner Meinung nach nicht auszahlen.

Eine weitere Untersuchung wurde von Knupfer u. Room (1967) durchgeführt. Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber Trunkenheit und dem Trinkverhalten selbst.

Ein weiterer Ansatz stammt von Mulford u. Miller (1960): Auf dem theoretischen Hintergrund des symbolischen Interaktionismus (vgl. Blumer 1973) gehen sie dabei davon aus, daß ein Individium durch Interaktion mit anderen sich eine Definition über die Droge Alkohol aufbaut. Diese Definition würde dann das Trinkverhalten mitbestimmen. Zwischen dem Alkoholkonsum und dem Konzept "Definition des Alkohols" ergab sich eine Korrelation von r = 0,45 (Kramer's V).

2.6 Empirische Dimensionen des Alkoholismus aufgrund von Fragebogenerhebungen

2.6.1 Einleitung

In empirischen Untersuchungen über Alkoholismus wurden eine Reihe von Fragebogen verwendet, die jedoch nur zum Teil für die Zielsetzung dieser Arbeit von Bedeutung sind. Zur Übersicht sei folgende Einteilung der verschiedenen Fragebogen vorgenommen:

1. Allgemeine Persönlichkeitstests wie der Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) oder der 16PF (personality factor) von Cattell, die für verschiedene Zielsetzungen wie z.B. zur Erfassung von Persönlichkeitsveränderungen im Zusammenhang mit einer Therapie eingesetzt werden.
2. Diagnosetests zur Diagnose Alkoholismus basierend auf allgemeinen Persönlichkeitsmerkmalen. Dazu gehören vor allem die verschiedenen Skalenkonstruktionen des MMPI (Übersicht bei Miller 1976).
3. Diagnosetests, die eine möglichst alkoholspezifische Symptomatik in verschiedenen Bereichen erfassen, z.B. der MALT (Feuerlein u. Mitarb. 1977, 1979) oder der Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA) von Ladewig u. Mitarb. (1976), der Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) von Selzer (1971) u.a. (vgl. Miller 1976).
4. Fragebogen zur Beurteilung verschiedener mehr oder weniger alkoholspezifischer Bereiche und Dimensionen, meist für die Erfassung des Behandlungserfolgs oder für die Prognose des Behandlundserfolgs entwickelt. Häufig werden Fragebogen auch ad hoc für ein bestimmtes Untersuchungsprojekt zusammengestellt und sind dann meist psychometrisch nicht überprüft.

Für die Fragestellung dieser Arbeit sind hauptsächlich empirisch überprüfte Fragebogen von Punkt 4 von Bedeutung, deren Ergebnisse nun näher dargestellt werden.

2.6.2 Ergebnisse empirischer Untersuchungen

2.6.2.1 Die Untersuchungen von Horn und Wanberg

Die wohl umfangreichsten empirischen Untersuchungen über faktorenanalytisch gewonnene Dimensionen im Bereich des Alkoholismus haben Horn und Wanberg durchgeführt. Damit das Vorgehen und die Ergebnisse dieser Arbeiten besser beurteilt werden können, seien die Arbeiten nun im einzelnen beschrieben.

Foster, Horn und Wanberg (1972):

Stichprobe:
202 Alkoholiker, die an einer stationären Therapie teilgenommen haben; 10% Frauen; Durchschnittsalter 43; 51% verheiratet.
Daten:
"follow-up assessment questionaire" (FAQ) mit den Bereichen Abstinenz, Hilfsinterventionen wegen Alkoholproblemen, antisoziales Verhalten, Lebensumstände, Ehe und Familie, berufliche Anpassung, emotionale Anpassung und soziale Effektivität; insgesamt 63 Items, davon wurden 29 nach logischen Gesichtspunkten und wegen der statistischen Abhängigkeit der Items sowie wegen psychometrischer Mängel eliminiert.
Statistische Verfahren:
Hauptkomponentenanalyse mit 1 in der Diagonalen; Abbruchkriterium: Eigenwert 1; dann Einsetzen der Kommunalität und Rotation von 7 der 9 Faktoren mit Varimax.

Ergebnisse:

Die 1. Hauptkomponente wird als Maß für das Gemeinsame aller Items betrachtet; sie erklärt 49% der gemeinsamen Varianz der insgesamt 7 Faktoren. Eine Rotation mit 7 der 9 Faktoren brachte folgende rotierte Faktoren:

Faktor 1: Abstinenz

Faktor 2: Beobachtete Besserung

Faktor 3: Beruf und Produktivität

Faktor 4: Selbstbeurteilte Besserung und Kontrolle der Trinkprobleme

Faktor 5: Abgeschwächte Soziopathie

Faktor 6: Intrapersonale Anpassung

Faktor 7: Soziale Verhältnisse (äußere Lebensumstände, z.B. Wohnung u.a.)

Horn und Wanberg (1969):

Stichprobe:
2300 unausgewählte Patienten einer stationären Therapieeinrichtung für Alkoholkranke; 82% Männer, 43% verheiratet.

Daten:
The Drinking History Questionaire (DHQ) mit 69 Items (41 "Core variables", 28 "Extension variables")
Methodisches Vorgehen: Getrennte Faktorenanalyse von "Core variables" und "Extension variables"; zunächst Hauptkomponentenanalyse, Rotation nach Varimax; schiefwinklige Rotation nach Promax; mit diesen Faktoren erneute Faktorenanalyse 2. Ordnung.

Ergebnisse:

Faktoren der Kernvariablen (orthogonale Faktoren entsprechen weitgehend den schiefwinkligen Faktoren):

Faktor I: Broad Severity - Distilled Spirits Drinking

Faktor II: Social Beer Drinking

Faktor III: Wine and Beverage- Substitute Severity

Faktor IV: Physical Symptoms

Faktor V: Sustained Binge Drinking

Faktor VI: Controlled and Steady Drinking

Faktor VII: Periodic Binges

Faktor VIII u. Faktor IX: Drinking for Psychosocial and Social Benefit

Faktor X: Marital Difficulty

Faktor XI: Drinking at Home with Spouse

Faktor XII: Eagerness to be Admitted

Faktor XIII: Woman Alcoholic

Faktorenanalyse 2. Ordnung:

Dimension A: Admitted Severity Beer, Wine and Spirits Drinking; Marital Difficulties

Dimension B: Reluctant to be Admitted; Social Benefit Drinking

Dimension C: Psychological Benefit; Controlled Sustained Drinking

Dimension D: Periodic, Wine and Beverage Substitute Drinking

Dimension E: Physical Symptoms: Male vs. Female

Horn und Wanberg (1970)

Fragestellung: Dimensionen von Items, die nicht unmittelbar den Alkoholmißbrauch betreffen.

Stichprobe:
Teilstichprobe der 2300 Patienten der vorhergehenden Untersuchung, 2032 (1666 Männer und 366 Frauen)
Daten:
69 Items eines "Social History Questionaire" (SHQ), der die psychologische und soziale Anpassung erfassen sollte. Zusammensetzung: a) Background: Gewohnheiten wie z.B. Nägelbeißen, Familieninteraktionen, u.a. b) gegenwärtige Situation: ähnliche Items, nur bezogen auf die gegenwärtige Situation.
Wieder Unterscheidung von Kern- und Extensionsvariablen; bei den letzteren waren die Fragen nicht unabhängig voneinander; soziodemographische Daten gehören zu den Extensionsvariablen.
Methodisches Vorgehen: (1) Faktorenanalyse von 22 Items der Lebensgeschichte (2) Die restlichen 49 Items des SHQ wurden mit den obigen Faktoren korreliert. (3) Faktorenanalyse der 33 Items zur gegenwärtigen Lebenssituation (4) Analyse der Extensionsvariablen durch Korrelation mit den oben gewonnenen Faktoren (5) Faktorenanalyse der 55 Items aus Lebensgeschichte und der gegewärtigen Lebenssituation
Faktorenanalytische Methode: Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation, Faktorenextraktion mit dem "Root-one-Criterion".

Ergebnisse:

1.) Faktoren der Lebensgeschichte

Faktor I: Youthful rebellion: acting out

Faktor II: Social maladaption: covered rebelliousness

Faktor III: Family difficulty: external cues

Faktor IV: Parental loss

Faktor V: Parental drinking problem

Faktor VI: Anxiety neurosis

Faktor VII: Childhood Illness

2.) Faktoren der Lebenssituation:

Faktor I: Recent marriage difficulties

Faktor II: Established marriage difficulties

Faktor III: Job adjustment: resigned acceptance

Faktor IV: Job adjustment: dissatisfaction and anxiety

Faktor V: Introverted social isolation, schizothymia

Faktor VI: Introverted thread reactivity

Faktor VII: Psychological-physiological Tensiveness

Faktor VIII: Anxiety - depression

3.) Faktorenanalyse der Daten zur Lebensgeschichte und zur gegenwärtigen Situation zusammen:
I.w. ergibt sich eine Summierung der Faktoren beider Datenbereiche aus den getrennten Analysen. Das wird so interpretiert, daß die beiden Bereiche weitgehend voneinander unabhängig sind.
Dimensionen 2. Ordnung:
a) Dimensionen der Lebensgeschichte:
Dimension A: Delinquency - anxiety
Dimension B: Parental Loss - childhood Illness
b) Dimensionen der gegenwärtigen Situation:
Dimension Alpha: Social maladaption
Dimension Beta: Intrapersonal maladaption

Wanberg und Horn (1970)

Fragestellung: Vergleich der Symptommuster von Frauen und Männer.

Stichprobe:
wie in der vorhergehenden Untersuchung
Daten:
Wie oben, aufgeteilt in eine Hauptanalyse mit 40 Items und einer Extensionsanalyse mit 28 Items
Methodisches Vorgehen: Hauptkomponentenanalyse mit 1 in der Diagonalen, Faktorenextraktion bis zum Eigenwert 1; Rotation nach Varimax und dann nach Promax für die Dimensionen 2. Ordnung.

Ergebnisse:

Sowohl für die Frauen- als auch für die Männerstichprobe 10 primäre Faktoren, davon 8 klare Replikationen.

Faktor I: Advanced Stage: Broad Severity; Dependency on Distilled Spirits

Faktor II: Advanced Stage: Physical Severity; Dependency on Wine and Beverage Substitutes

Faktor III: Gregarious Drinking Pattern

Faktor IV: Periodic Drinking

Faktor V: Weekend controlled Drinking

Faktor VI: Psychosocial Benefit from Drinking

Faktor VII: Marital difficulty associated with Drinking

Faktor VIII: Familial Involvement in Drinking

Faktor IX: Resigned Plateau Pattern

Faktor X: Männer: Drugs and Beverage Substitute

Frauen: Anxiety - Guilt Pattern

Dimensionen 2. Ordnung:

Dimension A: General Severity

Dimension B: Marital- Gregarious Drinking Syndrom

Dimension C: Psychosocial Benefit

Wanberg und Knapp (1970)

Fragestellung: Dimensionen desselben Fragebogen (DHQ) wie in der Arbeit von Horn u. Wanberg (1969) an einer anderen Stichprobe

Stichprobe:
2161 Alkoholiker, davon 1891 in der Auswertung; Durchschnittsalter 42,5 Jahre; 19% Frauen (358)
Daten:
Drinking History Questionaire (DHQ)
Methodisches Vorgehen: Aufteilung der Variablen in Kernvariable (36 Items) und in Extensionsvariable (33 Items): Hauptkomponentenanalyse mit 1 in der Diagonalen; Faktorenextraktion bis zum Eigenwert 1, Rotation nach Varimax und Promax für Faktoren 2. Ordnung.

Ergebnisse:

Die 10 Faktoren dieser Untersuchung zeigen eine große Ähnlichkeit mit den 13 Faktoren der früheren Untersuchung von Horn u. Wanberg 1969).

Faktor I: Broad Severity: Hard Liquor

Faktor II: Physical Severity: Wine and Substitutes

Faktor III: Gregarious Pattern: Beer Drinking

Faktor IV: Drinking Style: Controlled Heavy Drinking

Faktor V: Drinking Style: Sustained Binge Drinking

Faktor VI: Periodic Drinking

Faktor VII: Perceived Benefit: Self Enhancing

Faktor VIII: Perceived Benefit: Tension Reduction

Faktor IX: Associated Problems: Anxiety-Marital Difficulty

Faktor X: Associated Problems: Prior Help

Faktoren 2. Ordnung:

Dimension A: General Severity

Dimension B: Tension Relief - Previos Help

Dimension C: Self-Enhancing - Socializing

Dimension D: Periodic vs. Controlled Heavy Drinking

Horn, Wanberg und Adams (1974)

Fragestellung: Die Faktoren in verschiedenen Teilbereichen des Alkoholismus sollten miteinander in Beziehung gesetzt werden.

Stichprobe:
1884 Erstaufnahmen
Daten:
(1) Auf das Trinken bezogene Verhaltensweisen (2) Daten aus der Lebensgeschichte (3) Daten aus der gegenwärtigen Situation (4) Beurteilungen der eigenen Person und eigenen Standpunkte wie im MMPI.
Methodisches Vorgehen: Für jeden Bereich liegen bereits Faktoren vor(insgesamt 28 Faktoren). Diese werden nach zwei Methoden gemessen a) Exaktes Verfahren: Bestimmung der Faktoren und Messung der Faktorwerte beruht auf derselben Stichprobe; daher bleibt Unabhängigkeit der Faktoren erhalten. b) Unexaktes Verfahren: Zur Messung eines Faktors werden nur jene Items benutzt, die hoch auf diesem Faktor laden; die gemessenen Faktoren sind statistisch nicht unabhängig voneinander.

Ergebnisse:

Das inexakte Verfahren ergibt zuverlässigere Meßergebnisse. Die Hauptkomponenten können insgesamt ca. 40% der gemeinsamen Varianz erklären. Die 4 Bereiche sind relativ unabhängig voneinander. Kein Faktor der Bereiche Lebensgeschichte, der Lebenssituation oder der Selbstbeurteilungsskalen liefern viel Information über Trinkprobleme.

Dimensionen der Faktoren:

Dimension I: Compulsive Drinking

Dimension II: Ähnlich einem Spiegeltrinker, physische Abhängigkeit

Dimension III: Sociopathic-Gregarious Drinking Syndrome

Dimension IV: Drinking related to Marital Problems

Dimension V: Current Personal Maladjustment

Dimension VI: Anxiety-Hypochondrical Neurosis

Dimension VII: Introversion-Extraversion

Horn, Wanberg und Foster (1974)

Die Autoren haben schließlich einen endgültigen Fragebogen mit der Bezeichnung Alcohol Use Questionaire (AUQ) zusammengestellt. Er besteht aus 16 Faktoren, die in einer eigenen Erhebung an 1069 Patienten der Therapieeinrichtung in Fort Logan durchgeführt wurde. In diese Untersuchung wurden 9 Faktoren aus der Untersuchung von 1969 mitaufgenommen sowie einige Faktoren aufgrund der klinischen Erfahrung der Autoren hinzugefügt. Die 160 Items können in 3 Bereiche eingeteilt werden: (1.) Trinksymptome 2.) Trinkverhalten 3.) Vorteile des Trinkens. Eine Faktorenanalyse ergab dann 16 Faktoren sowie 4 Dimensionen 2. Ordnung. Für den AUQ liegt auch eine Standardisierung in Quartile bzw. in Stanine-Werten vor. Auch verschiedene Reliabilitätskoeffizienten liegen für alle Skalen vor (innere Konsistenz und Retest-Reliabilität). 5 Skalen erreichen einen Koeffizienten der inneren Konsistenz von knapp unter 0,7. Die Retest Reliabilitäten liegen insgesamt etwas höher, nur auf Skala 2 zeigt sich ein Koeffizient von 0,66.

Faktoren 1. Ordnung:

1. Social Benefit Drinking 2. Mental Benefit Drinking 3. Gregarious Drinking Style 4. Obsessive-Compulsive Drinking 5. Sustained Drinking Pattern 6. Post-Drinking Worry, Guilt, Fear 7. Drinking to Change Mood 8. Prior Use of External Help to Stop 9. Loss of Control when Drinking 10. Social Rule Maladaption 11. Psychoperceptual Withdrawal (Hangover) 12. Psychophysical Withdrawal (Hangover) 13. Non-Alcoholic Usage 14. Daily Quantity of Alcohol (abgeleitete Skala) 15. Drinking Followed Marital Problems 16. Drinking Provokes Marital Problems

Faktoren 2. Ordnung

A Self-Enhancing Drinking

B Obsessive-Sustained Drinking

C Anxiety related of Drinking

D1 Alcoholic Deterioration

D2 Alcoholic Deterioration

Faktor 3. Ordnung: General Alcoholism

Diskussion der Ergebnisse:
Die Stabilität der Faktoren in 4 vergleichbaren Erhebungen erscheint für eine Reihe von Faktoren ausreichend. In einer ersten Untersuchung von Horn u. Wanberg (1969) waren es 13 Faktoren. In der Untersuchung von Wanberg u. Horn (1970) 10 Faktoren, in einer weiteren von Wanberg u. Knapp (1970) ebenfalls 10 Faktoren und in einer vierten Untersuchung von Horn et al (1979) ergaben sich schließlich 16 Faktoren. Bei der letzteren muß berücksichtigt werden, daß der Itempool im Vergleich zu den ersten Erhebungen erweitert wurde. Die Faktoren der 2. und 3. Erhebung sind einander sehr ähnlich; die Ähnlichkeit mit der 4. Erhebung ist dagegen nicht so deutlich, es zeigt sich aber eine breite Ähnlichkeit mit den Faktoren der ersten Erhebung. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf Patientenstichproben anderer Therapieeinrichtungen bleibt allerdings offen, es liegt m.W. keine empirische Untersuchung dazu vor.
Die Reliabilitätskoeffizienten der inneren Konsistenz erscheinen bei einer Reihe von Skalen problematisch (5 Skalen haben Koeffizienten unter 0,7, nur ein Koeffizient liegt über 0,8). Die Retest-Reliabilitäten sind besser (10 Werte liegen über 0,8, bei 2 Skalen kann keine Retest-Reliabilität gebildet werden, ein Wert liegt unter 0,7).
Trotz häufiger Hinweise in den einzelnen Veröffentlichungen über die Bedeutung dieser Faktoren für Prognose und Indikation liegen dazu m.W. keine empirischen Ergebnisse vor, aber auch keine Überlegungen zur Anwendung dieses Fragebogens. Zumindest die Faktoren 1. Ordnung des AUQ erscheinen für praktische Zwecke recht unhandlich. Das Problem der Brauchbarkeit dieses Fragebogens bleibt damit insgesamt ungeklärt.

2.6.2.2 Untersuchung von Pokorny und Mitarbeitern (1971)

Fragestellung: Auffinden von Dimensionen des Alkoholismus mittels Faktorenanalyse
Stichprobe:
201 männliche Alkoholiker
Daten:
1.) "Shaver" Symptom-Rating-Skala 2.) Background and Demographic Information Scale 3.) 4 Nüchternheitsskalen (davon

wurden zwei durch den Interviewer beobachtet) 4.) The IOWA-Scale of Preoccupation with Alcohol 5.) The IOWA-Index of Trouble due to Drinking (insgesamt 85 Items, von denen wegen ungenügender Varianz einiger Items nur 72 in die Analysen einbezogen wurden).
Methodisches Vorgehen: Hauptkomponentenanalyse

Ergebnisse:

Insgesamt 11 Faktoren (erklärte Varianz), die folgende Bezeichnungen erhielten:

1.) Verlust der Kontrolle
2.) Niedriges sozioökonomisches Niveau
3.) Verwahrlosung
4.) Dauer des Alkoholismus
5.) Soziale Isolation
6.) Probleme in der Ehe
7.) Häufiger Krankenhausaufenthalt
8.) Schwere des Alkoholismus
9.) Aggressives Agieren
10.) Gehobene Stimmung (elation)
11.) Stabiler Arbeiter

Diskussion:

Eine Replikation dieser Ergebnisse an einer anderen Stichprobe mit denselben Untersuchungsinstrumenten liegt nicht vor, so daß sich über die Stabilität der Faktoren keine Aussagen machen lassen. Ebensowenig liegen Ergebnisse vor über einen Zusammenhang mit Prognose und Indikation.

2.6.2.3 Untersuchung von Evenson u. Mitarbeitern (1973)

Fragestellung: Entwicklung einer Skala zum Schweregrad des Alkoholismus

Stichprobe:
1023 Alkoholiker, 86% Männer, Durchschnittsalter 45, durchschnittliche Trinkdauer 26 Jahre; 26% wurden zum ersten Mal behandelt, 14% wurden vorher wegen Drogenabhängigkeit behandelt, die übrigen hatten eine oder mehrere Hospitalisierungen hinter sich.
Daten:
Von 157 Items des Erhebungsbogens "Alcohol History Form" (AHF) wurden 38 Items hinsichtlich ihres klinischen Bezugs

zum Schweregrad ausgewählt.

Ergebnis:

Bei einer Kürzung des Fragebogens auf 15 Items ergibt sich nach der Kuder-Richardson Formel der höchste Reliabilitätskoeffizient r = 0,7.

Diskussion:

Offen bleibt die Frage, welche Bedeutung dieser Skala zur Erfassung des Schweregrades des Alkoholismus zukommt. Nach Aussagen der Autoren beziehen sich die ausgewählten Items hauptsächlich auf den Kontrollverlust, auf einige klinische Symptome wie Blackout sowie auf soziale Konsequenzen wie Haft oder Unfälle. Inwieweit die Skala auch Aussagen zur Prognose erlaubt, bleibt ungeklärt.

2.6.2.4 Untersuchung von Revenstorf, Pohl, Brengelmann und Mitarbeitern

Pohl und Mitarbeiter (1974)

Fragestellung: Auffinden von Kriterien für problematisches Trinken und Überprüfung von Zusammenhängen mit möglichen Ursachen, Folgen oder Begleiterscheinungen gewohnheitsmäßigen Alkoholkonsums

Stichprobe:
Insgesamt 1500 Probanden aus verschiedenen Betrieben mit unterschiedlichen Teilstichproben für verschiedene Fragebogenteile, darunter 13,8% Alkoholiker und 224 Problemtrinker, Altersmittelwert 39,9.

Daten:
Insgesamt 776 Items, davon 668 als Kovariable (Determinanten), 18 Items zur Erfassung des Alkoholkonsums, 78 Items für Trinkprobleme und 12 Items für demographische Variablen. Die Kovariablen bzw. Determinanten umfassen folgende Teile: Normen und Einstellungen gegenüber Alkohol, Alkoholkonsum und gegenüber Abstinenten; Trinkmotivationen, Trinkmuster und Trinkumstände; Fragebogen zur akuten Alkoholwirkung; Lügenitems und sozidemographische Daten.
Methodisches Vorgehen: Getrennte Analyse der verschiedenen Fragebogenteile; Hauptkomponentenanalyse, VARIMAX-Rotation, Faktorenextraktion bis Eigenwert 1, Anwendung multipler Regressionsanalysen: Alkoholkonsum und Trinkprobleme wurden als abhängige Variable bzw. als Kriterien aufgefaßt, die Kovariablen bzw. Determinanten waren die unabhängigen Variablen bzw. Prädiktoren. Bei der Reduzierung der Items wurde in zwei Schritten vorgegangen: 1. Aufgrund der internen Struktur,

die mittels Faktorenanalyse ermittelt wurde, konnten redundante Items eliminiert werden 2. Durch regressionsanalytisch gewonnene Korrelationen zwischen Kriterien und Kovariablen konnten solche Items beibehalten werden, die eine bedeutsame korrelative Beziehung zu den Kriterien aufwiesen.

Ergebnisse:

Trinkprobleme und Kovariable (746 Items) konnten zu 42 Faktoren zusammengefaßt werden. Durchschnittlich konnte dabei 35% der jeweiligen Gesamtvarianz erklärt werden. Die 8 Fragebogenteile über Determinanten ergaben 39 Faktoren. Folgende Reduzierung der Items wurde vorgenommen: 1. Trinkkonsum: reduziert auf 6 Items; 2. Trinkprobleme: reduziert von 78 auf 30 Items, 10 Items je Faktor; 3. Determinanten: Reduzierung auf 19 Faktoren, 7 Items je Faktor; 4. 57 Kovariablen-Items, die in den Faktoren nicht enthalten waren, wurden wegen ihrer bedeutsamen Korrelation mit den Kriterien weiterhin in dem Fragebogen beinhaltet.

Revenstorf u. Mitarb. (1974)

Fragestellung: Kreuzvalidierung der Erhebung 1

Stichprobe:
1196 Probanden aus verschiedenen Betrieben, 13% (156) waren in Behandlung stehende Alkoholiker, 164 wurden als Problemtrinker bezeichnet (definiert durch bestimmte Werte auf den Skalen für Alkoholprobleme). Altersmittelwert 35,0.
Daten:
235 Items aus der obigen Erhebung, die 19 Faktoren der Determinanten wurden beibehalten.
Methodisches Vorgehen: Der Gesamtfragebogen konnte wegen des geringeren Umfangs von allen Probanden erhoben werden; Anwendung statistischer Verfahren wie oben.

Ergebnisse:

Gute Reproduktion der Faktoren aus der ersten Untersuchung, sofern mindestens 5% der Fragebogenvarianz auf den Faktor entfielen. Einzelne Fragebogenteile wurden wiederum getrennt analysiert:

a) Faktorenstruktur der Trinkprobleme:

Faktor B/I: Familiäre Kritik und Selbstkritik wegen Trinkprobleme

Faktor B/II: Berufliche Probleme wegen Trinkens
Faktor B/III: Finanzielle Probleme wegen Trinkens
b) Faktorenstruktur der Kovariablen (Faktoren 2. Ordnung):
Mit den 19 Kovariablen-Faktoren wurden eine Faktorenanalyse 2. Ordnung bezeichnet. Es ergaben sich 7 Faktoren, die 61% der Varianz der Faktoren 1. Ordnung erklären konnten:
Z I: Stärkere Trinker mit Einsicht (16,6%)
Z II: Trinkerfamilie (8,9%)
Z III: Soziales Trinken (9,2%)
Z IV: Kultivierter Lebensstil (7,2%)
Z V: Restriktive Erziehung, soziale Unsicherheit (7%)
Z VI: Abstinenz (6,2%)
Z VII: Broken-home (5,5%)
Diese 7 Faktoren erklären von der ursprünglichen Varianz nur 28%, während die Faktoren 1. Ordnung 47% erklären konnten.
(Weitere Ergebnisse dieser Untersuchungen werden in anderen Abschnitten dargestellt)
Diskussion:
Im Unterschied zu der Arbeitsgruppe um Horn und Wanberg liegt diesem Projekt ein klares klinisches und methodisches Konzept zugrunde. In klinischer Hinsicht ist bei der Auswahl der Variablenbereiche eine Orientierung auf verhaltenstherapeutische Ansätze erkennbar. Die Erfassung der aktuellen Lebensumstände und des Verhaltensrepertoires soll Ansatzpunkte für eine Therapie aufzeigen (Revenstorf et al 1974).
Methodisch erscheint der regressionsanalytische Ansatz mit der Unterscheidung von abhängigen Variablen (genannt Kriterien) und den unabhängigen Variablen (genannt Determinanten oder Kovariable oder Prädiktoren) das Vorgehen und das statistische Modell stärker zu charakterisieren als die Anwendung der verschiedenen Faktorenanalysen.
Problematisch erscheint die Definition und Abgrenzung der Problemtrinker über mehr oder weniger willkürlich festgesetzte Grenzen für Alkoholprobleme. Bei diesen Problemtrinkern

handelt es sich wahrscheinlich überwiegend um Alkoholiker, die aber nicht eindeutig durch ein Außenkriterium identifiziert werden können. Wenn man davon ausgeht, daß die in den Betrieben erhobenen Stichproben repräsentativ für eine Erwachsenenbevölkerung sind, dann muß angenommen werden, daß nach einer Repräsentativerhebung in der BRD über den Alkoholmißbrauch ca. 5 bis 6% Alkoholiker in dieser Stichprobe vorhanden sind (s. Feuerlein u. Küfner 1977).
Bei der Auswahl der Items und der endgültigen Zusammenstellung der Fragebogen hat der Vergleich zwischen Alkoholabhängigen, Problemtrinkern und Normaltrinkern keine entscheidende Bedeutung gehabt, so daß der Beitrag der Skalen für eine Diagnosestellung nicht eindeutig bestimmt werden kann.
Außerdem kann vermutet werden, daß die Zusammenhänge zwischen Kriterien und Determinanten bei verschiedenen Teilgruppen unterschiedlich ausfallen. Dies zu überprüfen wäre besonders interessant bei einer klar definierten Alkoholikergruppe.
Ein Nachteil bei der Anwendung dieses umfangreichen Fragebogens besteht darin, daß zur Veränderungsmessung nur wenige Fragebogenteile benützt werden können, wie der Fragebogen D (Einstellung zur Alkoholabhängigkeit und zur Abstinenz) und der Fragebogen F (Fragen zur Selbstbehauptung). Auf den eigenen Alkoholkonsum bezogene Einstellungen und Haltungen als Ausdruck von Veränderungen z.B. infolge einer Therapie können dagegen m.E. nicht erfaßt werden.
Die Brauchbarkeit der erfaßten Faktoren für Prognose und Indikation bei Alkoholabhängigen ist letztlich nur in einer prospektiven Untersuchung zu überprüfen.

2.6.2.5 Untersuchung von Krampen und Nispel (1979)

Fragestellung: Empirische Überprüfung des Fragebogens von Rieth

Stichprobe:
212 Alkoholiker (60 Frauen und 152 Männer), Altersdurchschnitt 39,4 Jahre

Daten:
Fragebogen von Rieth mit 80 Items
Methodisches Vorgehen: Hauptkomponentenanalyse mit quadrierten multiplen Korrelationen in der Diagnonale; Varimax-Rotation

Ergebnisse:

Es ergeben sich 8 Faktoren, die 43,6% der Gesamtvarianz erklären.

Faktor 1: Symptom-Faktor 50,7%
Faktor 2: Wirkungstrinken 12,1%
Faktor 3: Familiäre Problematik 8,4%
Faktor 4: Trinkgewohnheiten 7%
Faktor 5: Berufliche Problematik 6,3%
Faktor 6: Soziale Auffälligkeiten 5,6%
Faktor 7: Schuldgefühle 5,3%
Faktor 8: Wirkungstrinken 4,6%

Der Fragebogen wurde auf insgesamt 34 Items verkürzt, die in einer erneuten Faktorenanalyse 4 Faktoren angaben:

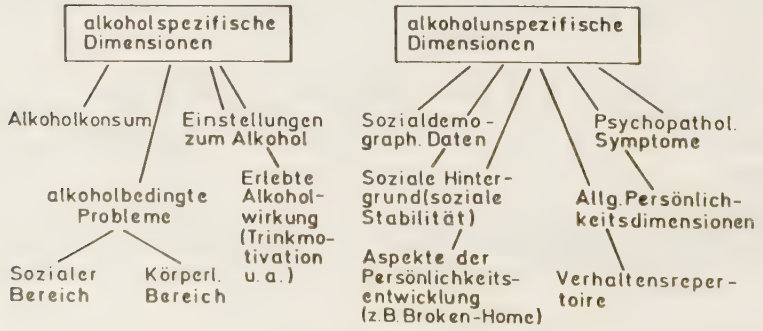
Faktor 1: Wirkungstrinken 66,7%
Faktor 2: Symptomatik 15,2%
Faktor 3: Berufliche Problematik 10,1%
Faktor 4: Familiäre Problematik 8,1%

Mit diesen 4 Faktoren konnte insgesamt 32,8% der Gesamtvarianz erfaßt werden. Die diagnostische Brauchbarkeit des Fragebogens wurde nicht weiter untersucht.

2.6.3 Zusammenfassung und Diskussion

Die Fülle von Faktoren in der Arbeitsgruppe von Horn und Wanberg sind es allein 35 Faktoren 1. Ordnung - lassen sich im wesentlichen in das nachfolgende Schema einordnen.

Abb5: Schema zur Einordnung der verschiedenen Dimensionen



In den meisten Untersuchungen (bis auf die Arbeitsgruppe von Revenstorf, Pohl und Brengelmann) handelt es sich um rein deskriptive Faktoren und Dimensionen, deren funktionale Bedeutung z.B. für eine regressionsanalytische Prognose des Alkoholkonsums oder von Alkoholproblemen nicht untersucht ist.
Die Stabilität der faktorenanalytisch gewonnenen Dimensionen erscheint zumindest in den Untersuchungen der beiden Arbeitsgruppen von Horn und Wanberg sowie Revenstorf, Pohl und Brengelmann ausreichend gesichert. Das bedeutet, daß bei gleichem Itempool und ähnlichen Untersuchungsstichproben relativ stabile Faktoren zu erwarten sind.
Für die Problematik eines rein faktorenanalytisch konzipierten Ansatzes ist, abgesehen von speziellen Fragen des statistischen Verfahrens (vgl. Revenstorf 1976, Überla 1968 u.a.) die Auswahl des Itempools von großer Bedeutung. Jeder Sammlung von Items liegen mehr oder weniger enge oder breite Auswahlkriterien zugrunde, die mit Vorannahmen des Untersuchers über die Bedeutung bestimmter Merkmalsbereiche für seine Fragestellung zusammenhängen. Hinzu kommt, daß bei einer ausschließlich faktorenanalytischen Vorgehensweise funktionale Zusammenhänge zwischen den Variablen zu wenig beachtet werden. Diesem funktionalen Aspekt wird einem regressionsanalytischen Ansatz am ehesten entsprochen, auf welchem dann z.B. eine Pfadanalyse aufbauen kann.
Eine funktionale Betrachtungsweise kann z.B. von der Frage ausgehen, wie die einzelnen Variablenbereiche z.B. soziale Probleme, körperliche Erkrankungen, Affekt- und Frustrationstoleranz und soziale Fertigkeiten bei bestimmten Verhaltensweisen wie der Selbstkontrolle von Trinkimpulsen zusammenwirken. Eine andere Frage bezieht

sich auf die Bedeutung von soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht oder soziale Schicht für die jeweils aktuelle Entstehung von Verhalten, da diese Variablen ja nicht direkt das Verhalten beeinflußen können. Das bedeutet, daß Zwischenvariable auftreten müssen. Aber wie sehen diese aus, welche Funktion kommt ihnen im Individuum für die Entstehung von Verhalten zu und ähnliche Fragen mehr. Das alles sind ungeklärte Fragen, die m.E. die Problematik einer rein deskriptiven Einteilung von Merkmalsbereichen aufzeigen.

2.7 Beurteilungsgesichtspunkte aus dem Problemenkreis Entwicklung der Alkoholabhängigkeit

2.7.1 Fragestellung

Zum Auffinden relevanter Dimensionen der Alkoholabhängigkeit sollen nun Ergebnisse über die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit analysiert werden. Eine erste Aufgabe besteht darin, die bekanntesten Darstellungen über Entwicklungsverläufe und über die Phasenentwicklung der Alkoholabhängigkeit zunächst zu beschreiben und ihre empirische Bestätigung zu diskutieren. In einem weiteren Abschnitt werden dann einige Theorien zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit dargestellt und auf mögliche Beurteilungsgesichtspunkte für Fragebogendimensionen untersucht. Biologische Alkoholismustheorien bleiben hierbei ausgeklammert, da sie zur Fragebogenentwicklung kaum beitragen können.
Grundsätzlich kann zwischen der Phase vor Beginn des Alkoholmißbrauchs, der Entwicklung des Alkoholmißbrauchs und der eigentlichen Alkoholabhängigkeit unterschieden werden.

2.7.2 Entwicklungsverläufe und Entwicklungsphasen des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit

2.7.2.1 Die Phaseneinteilung von Jellinek

Jellinek (1952) hat aufgrund einer Fragebogenuntersuchung bei Mitgliedern der Anonymen Alkoholiker folgende Phaseneinteilung vorgenommen:

1. Präalkoholische Phase:
   In dieser Phase des beginnenden chronischen Alkoholmißbrauchs kommt es immer häufiger dazu, daß der Trinker Alkohol braucht, um mit Spannungen oder Konflikten in Streßsituationen und Frustrationssituationen verschiedenster Art fertig zu werden.

2. Prodromalphase:
   Nun beginnt das Stadium der eigentlichen Alkoholabhängigkeit. Häufig kommt es zu ausgedehnten Räuschen mit Erinnerungslücken, sog. Blackouts; es wird heimlich getrunken; der Alkoholabhängige beginnt, sich zu sorgen, daß auch immer Alkohol vorhanden ist; die ersten Gläser werden schnell und gierig getrunken.
3. Die kritische Phase:
   Es kommt nach Beginn des Trinkens zum sog. Kontrollverlust. Das Trinken wird rationalisiert, d.h. es werden Gründe gefunden und vorgetäuscht. Gegen Vorwürfe werden Abwehrhaltungen aufgebaut. Der Alkoholiker beginnt mit Versuchen, seinen Alkoholkonsum besser zu kontrollieren; er schafft sich ein Trinksystem, in dem er z.B. nicht vor bestimmten Zeiten trinkt oder es kommt zu kurzen Perioden völliger Abstinenz, die er dann nicht länger durchhalten kann.
   Auswirkungen im sozialen Bereich bestehen darin, daß er sich von Freunden zurückzieht oder den Arbeitsplatz öfters wechselt. Er verliert äußere Interessen, vernachlässigt seine Ernährung. Es kommt zu einer Abnahme sexueller Bedürfnisse und/oder zu alkoholischer Eifersucht auf den Partner.
   In dieser Phase kommt es dann auch zu Einweisungen ins Krankenhaus wegen körperlicher alkoholbedingter Schäden.
4. Die chronische Phase:
   Diese ist charakterisiert durch längere, tagelange Räusche und durch einen Verlust der Alkoholtoleranz. Es werden u.U. auch andere alkoholhaltige Mittel im Extremfall z.B. Haarwasser getrunken. Durch einen hirnorganischen Abbau kommt es zu einer stärkeren Beeinträchtigung des Verhaltens und des Denkens. Angstzustände treten auf sowie psychomotorische Hemmungen.

Für jede Phase wurde eine Reihe von Symptomen angegeben, deren Reihenfolge in der Entwicklung für den Gamma-Alkoholismus typisch sein soll.
Park (1973) sowie Park u. Whitehaed (1973) haben versucht, diese Phaseneinteilung von Jellinek einer empirischen Überprüfung zu unterziehen.

2.7.2.2 Untersuchung von Park (1973)

Stichprobe:
806 finnische Alkoholiker, darunter 686 Männer; die Alkoholabhängigen wurden durch den sog. Kontrollverlust charakterisiert. Das bedeutet, daß es sich um Gamma-Alkoholiker gehandelt haben muß.
Daten:
Es wurden die von Jellinek beschriebenen charakteristischen Items der einzelnen Phasen erfaßt, allerdings nur 28 von ursprünglich 48 Items. Die einzelnen Symptome wurden dann für jeden Patienten, bzw. für die Stichprobe chronologisch entsprechend dem Alter des ersten Auftretens geordnet. Die Reihenfolge der Symptome innerhalb der Phasen bleibt bei Jellinek weitgehend offen. Die Reihenfolge der Leitsymptome wurde festgelegt 1. durch Blackouts zu Beginn der Problemphase, 2. durch den Kontrollverlust zu Beginn der kritischen Phase und 3. durch längere Trinkexzesse zu Beginn der chronischen Phase.

Ergebnisse:

Zur Überprüfung der Phaseneinteilung von Jellinek wurden 3 Bedingungen abgeleitet und empirisch analysiert.

Bedingung 1 "Reihenfolge der Leitsymptome jeder Phase":
Für jedes Leitsymptom ergibt sich hier die erwartete Folgewahrscheinlichkeit zum jeweils vorhergehenden von jeweils größer als 0,5.

Bedingung 2 "Reihenfolge der Items bezüglich des jeweiligen Leitsymptoms der Phase": Hypothese dabei war, daß alle Items innerhalb einer Phase nach dem Leitsymptom auftreten sollten, also im zeitlichen Bezug auf das Leitsymptom eine Wahrscheinlichkeit von größer als 0,5 haben. Von 25 Items erfüllten nur 10 Items dieses Kriterium.

Bedingung 3 "Reihenfolge der Items innerhalb der Phasen":
Jedes Item einer Phase muß jedem Item der vorangegangenen

Phase zeitlich nachgeordnet sein. Es zeigte sich aber, daß 22% der möglichen Folgewahrscheinlichkeiten unter 0,5 liegen.

Insgesamt wird aus den Ergebnissen der Schluß gezogen, daß die Entwicklungsphasen nach Jellinek empirisch nicht bestätigt werden können. Park schlägt aufgrund von zeitabhängigen Wahrscheinlichkeiten der einzelnen Items bezüglich des Leitsymptoms eine andere Reihenfolge der Items vor. Die Leitsymptome selbst bleiben dagegen in ihrer Abfolge bestehen.

In einer Untersuchung von Park u. Whitehead (1973) wird zusätzlich noch eine amerikanische Untersuchung von Whitehead an 148 Alkoholikern herangezogen.

Ergebnisse:

Zum Vergleich der zeitlichen Reihenfolge der verschiedenen Symptome:

1.) Reihenfolge der Symptome nach Jellinek im Vergleich zur Reihenfolge der Symptome in der amerikanischen Stichprobe (25 vergleichbare Items): Rangkorrelation nach Spearman r = 0,74 (dabei wurde das erste Auftreten des jeweiligen Symptoms erfaßt; bei gehäuftem Auftreten der Symptome als Kriterium ergibt sich eine Korrelation von r = 0,71)

2.) Reihenfolge der Symptome nach Jellinek im Vergleich zur Reihenfolge der Symptome in der finnischen Untersuchung (31 vergleichbare Items): r = 0,55 (für das erste Auftreten der Symptome; beim Kriterium gehäuftes Auftreten der Symptome ergibt sich eine Korrelation von r = 0,64)

3.) Reihenfolge der Symptome in der amerikanischen Stichprobe im Vergleich zur Reihenfolge in der finnischen Untersuchung (61 vergleichbare Symptome): r = 0,70.

Eine Faktorenanalyse der Items nach der Hauptkomponentenmethode getrenntfür die amerikanische und für die finnische Untersuchung ergab jeweils 4 Faktoren:

(1) Kernsymptome
(2) Familienprobleme
(3) Soziale Probleme und
(4) Ökonomische Probleme.

In der amerikanischen Untersuchung wurden mit diesen 4 Faktoren 68% der gemeinsamen Varianz erklärt und 55,7% der Gesamtvarianz; in der finnischen Untersuchung erklärten die 4 Faktoren 63,2% der gemeinsamen Varianz und 43,5% der Gesamtvarianz.
Innerhalb dieser Dimensionen zeigte sich eine gute Konsistenz der zeitlichen Reihenfolge der Symptome in den beiden Untersuchungen.

2.7.3 Der Verlauf der Restitution
Kryspin-Exner (1969) unterscheidet insgesamt 6 Phasen der Restitution des Alkoholabhängigen:
Phase 1:
Zwei bis 4 Wochen nach der Abstinenz. Es kann noch zu Entzugserscheinungen kommen wie Unruhe und Spannungszustände. Bei psychopathischen Persönlichkeiten komme es auch zu paranoiden und aggressiven Tendenzen, häufig begleitet von einer starken vegetativen Symptomatik. Bei manchen Alkoholabhängigen trete ein verstärktes Trinken nichtalkoholischer Getränke auf oder ein vermehrter Nikotinabusus. Symptome eines organischen Psychosyndroms können in Erscheinung treten sowie somatische Ausfallserscheinungen.
Phase 2:
Die Krankheitseinsicht nimmt langsam zu. Tastende Versuche der Auseinandersetzung mit der Außenwelt treten ein. Angehörige konfrontieren den Alkoholiker mit seinem Verhalten und dessen Folgen. Es besteht eine Tendenz zur passiven Abhängigkeit sowie eine Entscheidungsunsicherheit. Im Idealfall kann in dieser Phase eine Entlassung aus stationärer Therapie erfolgen.
Phase 3:
Diese ist durch eine Getriebenheit und durch einen Drang nach Wiedergutmachung gekennzeichnet. Bei Planungen für die Zukunft zeige sich eine gewisse Kritiklosigkeit. Es besteht die Tendenz, die Vergangenheit auszuklammern. Die Patienten

bezeichnen sich als gesund und wollen möglichst schnell wieder arbeiten. Es können depressive Stimmungen auftreten sowie Drang- und Aggressionszustände. Bei Entlassung in diesem Zustand ist mit einem raschen Rückfall zu rechnen.

Phase 4:

Latenzphase (nach der Entlassung)

Patienten und Angehörige stehen unter dem Eindruck einer gänzlich veränderten Situation, die eine neue Anpassung erfordert.

Phase 5: Krisensituationen

Phase 6: Stabilisierungsphase

Nach 1 1/2 bis 2 Jahren bleibt der Zustand in etwa bestehen. Inwieweit diese Phaseneinteilung empirisch belegt werden kann ist meines Wissens ungeklärt. Wichtig erscheint der aus klinischen Erfahrungen gewonnene Eindruck, daß mit einer Restitutionsdauer von 1 1/2 bis 2 Jahren gerechnet werden muß.

Der Verlauf der Restitution wurde deshalb in die Literaturübersicht aufgenommen, da sich in dieser Zeit, die aus klinischer Sicht ja mit dem Beginn der Kontaktphase einsetzt, das Verhältnis d.h. die Einstellungen und Erwartungen zur Droge Alkohol ändern und diese Veränderungen eventuell Aussagen über die Rückfallgefahr und die weitere Prognose ermöglichen. Gerade dieser wichtige Bereich der individuellen Bedeutung der Droge Alkohol für den Patienten kommt in der Phaseneinteilung von Kryspin-Exner überhaupt nicht vor und erscheint abgesehen von der fehlenden empirisch-statistischen Überprüfung eine Schwäche dieses Schemas zu sein.

Zum Verlauf der Restitution hinsichtlich der Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen, erfaßt meist mit den bekannten Persönlichkeitstests wie MMPI, FPI und 16PF, sei auf Grünberger (1977) verwiesen. Für die Suche nach relevanten Alkoholismusdimensionen ergeben sich daraus meines Erachtens keine weiteren Anregungen.

Glatt (1958, zit. in Glatt 1969) hat ausgehend von der Phaseneinteilung Jellineks eine gesamte Verlaufskurve der Alkoholabhängigkeit einschließlich der Reliabilitäten bzw. Restitution zusammengestellt. Er unterscheidet soziales Trinken, schweres soziales Gewohnheitstrinken, die Prodromalphase, die kritische Phase, die chronische Phase als Tiefpunkt der V-förmigen Verlaufskurve und schließlich aufsteigend die Phase der Rehabilitation. Diesen Phasen sind jeweils einzelne Symptome zugeordnet. Die Phasen und die Reihenfolge der Symptome sind m.W. aber nicht empirisch überprüft.

2.7.4 Empirische Ergebnisse zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit

2.7.4.1 Die Untersuchung von McCord u. McCord (1960, 1972 u.a.)

In den 30er Jahren wurde mit einer großangelegten Untersuchung an Jugendlichen begonnen, die sog. Cambridge-Somerville-Studie. Folgende Aufgaben wurden damit verfolgt:

1. Betreuung von schlecht angepaßten Jugendlichen bzw. deren Familien durch erwachsene Berater.
2. Überprüfung der Effizienz dieser Betreuung vor allem hinsichtlich drohender Delinquenzentwicklung.
3. Aufschluß über die Auswirkung der sozialen Umgebung in der Kindheit auf das Verhalten im Erwachsenenalter.

Die Frage der Alkoholismusentwicklung stand ursprünglich nicht zur Diskussion und wurde erst 1957 von den McCords begonnen.
Zu den hier nicht weiter interessierenden Ergebnissen der Cambridge-Somerville-Studie sei lediglich gesagt, daß in Nachuntersuchungen von 1948 und 1956 sich kein Unterschied zwischen einer Kontrollgruppe ohne Betreuung und der Versuchsgruppe mit Betreuung hinsichtlich der Entwicklung

delinquenten Verhaltens gezeigt hatte.

Stichprobe:
Ursprünglich 650 Jungen, davon war etwa die Hälfte nach Aussagen der Lehrer als schlecht angepaßt eingestuft worden. Die Jungen wurden jeweils zu Paaren geordnet, so daß sie hinsichtlich Intelligenz, körperlicher Gesundheit, emotionaler Anpassung, Familienatmosphäre u.a. als vergleichbar angesehen werden konnten. Von diesen Paaren wurde per Zufall der eine der Versuchsgruppe mit dieser pädagogischen Betreuung und der andere der Kontrollgruppe zugeordnet. Aus Mangel an Beratern fielen 65 Jungen aus, so daß die Versuchsgruppe aus 255 Jungen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung im Alter zwischen 10 und 15 Jahren bestand.
Von diesen 255 Jungen wurden später 29 als Alkoholiker identifiziert. Kriterium dafür waren 2 oder mehr Verurteilungen wegen öffentlicher Trunkenheit, Mitgliedschaft bei den Anonymen Alkoholikern oder Krankenhausaufenthalt wegen Alkohol bzw. wegen Alkoholschäden.
Betreuung:
Die Jungen der Versuchsgruppe wurden über 5 Jahre intensiv betreut (mindestens 2 Besuche im Monat). Diese bestanden in Gesprächen mit der Familie und dem Betreuer, in schulischer Nachhilfe falls erforderlich, in Freizeitangeboten für die Kinder und in medizinischer Hilfe soweit erforderlich. Ebenso wurden religiöse Bindungen gefördert.
Daten:
Bei der Kontrollgruppe wurden zum Zeitpunkt der Ersterhebung mindestens 3 Interviews erhoben und jährlich ein Bericht des Lehrers erfaßt. Die Versuchsgruppe wurde häufiger und genauer untersucht. Die Familie wurde wöchentlich oder zweimal im Monat besucht. Die meisten Jungen hatten im Verlauf von durchschnittlich 5 3/4 Jahren zwei und mehr Betreuer.
Bei der katamnestischen Untersuchung wurden Daten verschiedener öffentlicher Stellen herangezogen.
Die Auswertung der Daten erfolgte durch sechs trainierte Beurteiler. Jeder Bericht wurde von 2 Beurteilern unabhängig voneinander durchgesehen. Die Daten waren folgendermaßen aufgebaut:
1. Soziologische und"kulturelle" Daten (z.B. bezüglich der Nachbarschaft, Beruf des Vaters u.a.)
2. Familienstruktur
3. Familieninteraktionen
4. Einstellungen und Verhalten der Eltern
5. Erziehungspraktiken
6. Verschiedenes

Die erhobenen Daten über die Jungen bezogen sich
1. auf die Gesundheit
2. auf Einstellungen und Verhalten und
3. auf Verschiedenes

Ergebnisse:

Von der Versuchsgruppe wurden 29 als Alkoholiker beurteilt, in der Kontrollgruppe fanden sich 22 Alkoholiker.

Eine Reihe psychoanalytischer Hypothesen über wichtige psychische Entwicklungsfaktoren, wie orale Tendenzen, homosexuelle Tendenzen, Minderwertigkeitsgefühle und selbstdestruktive Tendenzen konnten keine empirische Bestätigung finden. Die einzelnen Variablen wurden von den Autoren in den Bereichen"Abhängigkeitsvariable"und"Rollenkonfusion" dargestellt.
Im Bereich des Abhängigkeitskonflikts ergaben sich folgende Zusammenhänge:

1. Eine abwechselnd verwöhnende und zurückweisende Mutter
2. Fluchttendenzen der Mutter in Krisensituationen
3. Deviantes Verhalten der Mutter (delinquentes Verhalten, Promiskuität oder Alkoholmißbrauch)
4. Herabsetzung der Mutter durch den Vater
5. Erhebliche Konflikte zwischen den Eltern
6. Ablehnung der mütterlichen Rolle in der Familie durch die Mutter selbst.

Andere Faktoren, wie sexuelle Ängste der Mutter, Anzahl der Ehen oder die Ermutigung abhängigen Verhaltens beim Sohn oder die Entmutigung männlichen Verhaltens durch die Mutter zeigten keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe.

73% der Alkoholiker hatten einen familiären Hintergrund, der wenigstens durch einen dieser Punkte charakterisiert wurde.

Unter dem Thema"Rollenkonfusion"(mit der männlichen Rolle) wurden folgende signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe gefunden:

1. Offene väterliche Zurückweisung oder erhebliche väterliche Bestrafungstendenzen
2. Fluchtreaktionen des Vaters bei Krisen
3. Keine elterlichen Anforderungen an das Kind
4. Starke Einflüsse einer anderen Person, die mit den Vorstellungen und Erwartungen der Eltern im Widerspruch stehen
5. Starke Einengung durch die Mutter

6. Mangel an Aufsicht des Kindes

Wiederum besteht der Einfluß dieser Faktoren unabhängig von familiären Streßvariablen (Familienkonflikte, neurologische Störungen und sexuelle Devianz in der Familie). Der Einfluß dieser Punkte wird auch als unabhängig von den vorher beschriebenen Abhängigkeitsvariablen betrachtet.

Von insgesamt 17 signifikanten Variablen in der Kindheit waren die fünf wichtigsten:

1. Abwechselnd mütterliche Verwöhnung und Ablehnung
2. Mütterliche Devianz
3. Ablehnung von seiten des Vaters
4. Fluchttendenzen der Eltern in Krisensituationen
5. Außenstehende Bezugspersonen die mit den Wertvorstellungen der Eltern in Widerspruch stehen.

Vier Familientypen haben sich als charakteristisch für die späteren Alkoholabhängigen herausgestellt (jeweils signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe):

1. Mutter offen, ambivalent dem Kind gegenüber, deviante Verhaltensweisen der Mutter, nicht streng katholisch. Vater wendet sich gegen die Mutter oder reagiert in schwierigen Situationen mit Fluchttendenzen oder verhält sich herabsetzend der Mutter gegenüber.
2. Mutter zeigt in Problemsituationen Fluchttendenzen, nicht streng katholisch in ihrer Haltung, Vater stellt sich gegen den Sohn.
3. Eine außenstehende Bezugsperson steht im Widerspruch mit den Wertvorstellungen der Eltern; Vater verhält sich ablehnend dem Sohn gegenüber mit Fluchttendenzen in Problemsituationen.
4. Wiederum starker Einfluß einer außenstehenden Bezugsperson; Mutter ist dem Kind gegenüber offen ambivalent oder zeigt deviante Verhaltensweisen oder Fluchttendenzen.

Im Vergleich zu Kriminellen konnten ebenfalls signifikante Häufigkeitsunterschiede verschiedener Entwicklungsfaktoren herausgearbeitet werden:

1. Die mütterliche Ambivalenz dem Kind gegenüber steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der späteren Alkoholismusentwicklung des Kindes. Bei den Kriminellen zeigt sich nur ein Zusammenhang mit mütterlicher Zurückweisung.
2. Fehlende mütterliche Zuwendung und ein anwesender Vater waren bei der Entwicklung des Alkoholismus häufiger (im Vergleich zu Nichtalkoholikern).
   Ein abwesender Vater war dagegen eher ein Entwicklungsfaktor bei Kriminellen.
3. Wenn die Eltern die Abhängigkeitswünsche des Kindes "gelöscht" haben, dann ergab sich eine stärkere Tendenz zur kriminellen Entwicklung; für Alkoholiker war dagegen eher typisch, daß die Eltern Abhängigkeitskonflikte hervorgerufen haben.
   (Dieser Punkt erscheint unter stark interpretativem Einfluß der Autoren zu stehen und ist m.E. aus den Daten nicht klar ersichtlich).
4. Mütterliche Fluchttendenzen stehen in signifikantem Zusammenhang zur Alkoholismusentwicklung, nicht dagegen zur Entwicklung kriminellen Verhaltens.
5. Bei Kriminellen zeigt sich eine starke mütterliche Bestrafungstendenz, nicht dagegen bei Alkoholikern.
6. Elterliche Gegensätze stehen im Zusammenhang mit der Alkoholismusentwicklung; elterliche Gleichgültigkeit findet sich dagegen mehr bei Kriminellen.

Aus diesen Punkten wird von den Autoren gefolgert, daß bei Alkoholikern vor der Entwicklung des Alkoholmißbrauchs Abhängigkeitskonflikte vorhanden waren, während bei Kriminellen solche Konflikte in der Kindheit weitgehend "gelöscht" worden seien. Außerdem ist bei Alkoholikern die Rollendiffusion stärker ausgeprägt. Diese beruhe auf folgenden Punkten:

- Geringere Ansprüche und Anforderungen dem Kind gegenüber.
- Häufig ein Vater mit Fluchttendenzen in schwierigen Problemsituationen, während der Vater von Kriminellen eher unrealistisch reagiert, aber primär nicht mit Fluchttendenzen.
- Die Alkoholabhängigen waren seltener bereits als 2. Generation in Amerika. Dabei wird angenommen, daß die sozialen Rollenerwartungen in der 1. Generation der Einwanderer weniger klar ausgebildet waren.
- Alkoholiker hatten seltener eine streng katholische Erziehung. Die religiöse Erziehung zeigt bei Kriminellen keinen Einfluß.
- Schließlich hatte ein geringerer Prozentsatz von Alkoholikern im Vergleich zu Kriminellen einen devianten Vater.

Väterliche Devianz und väterliche Aggressivität spielen bei Kriminellen eine größere Rolle. Bei Alkoholikern ergibt sich hier kein Unterschied zur Gruppe der Normalpersonen, was die väterliche Aggression betrifft. Alkoholiker selbst zeigen eine erhöhte unkontrollierte Aggressivität.

Bemerkungen und Kritik zur Untersuchung von McCord:
Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind nur an Männern gewonnen worden, so daß sie nicht ohne weiteres auch für weibliche Alkoholiker gelten. Neben dieser Einschränkung können vor allem zwei Gesichtspunkte der Kritik geltend gemacht werden, nämlich die nicht mehr heutigem Standard der Methodik entsprechende Datenerfassung und zum anderen die stark interpretative Ausrichtung der Datenzusammenfassung. Die erhobenen Daten sind nicht als psychometrische Variablen erfaßt worden, das bedeutet, daß sie nicht standardisiert sind,und daß deren Reliabilität und Validität nicht überprüft worden ist. Die Beurteilung der einzelnen Daten erfolgte durch jeweils zwei unabhängige Beurteiler aufgrund von Berichten der Betreuer und aufgrund von Information verschiedenster öffentlicher Einrichtungen im sozialen und me-

dizinischen Bereich. Inwieweit es dadurch zu Verzerrungen der Ergebnisse gekommen ist, läßt sich nachträglich nur schwer abschätzen. Die große Zahl der beteiligten Betreuer sowie die lange Zeit der Betreuung läßt jedoch annehmen, daß einseitige Einstellungen der Betreuer oder der Untersuchungsleiter sich weniger stark bemerkbar gemacht haben dürften.

Mit anderen Längsschnittuntersuchungen, die z.B. standardisierte Fragebögen und damit völlig andere Daten erhoben haben, erscheint diese Längsschnittuntersuchung kaum vergleichbar. Außerdem beziehen sich die Daten der eben beschriebenen Untersuchung auf einen anderen Entwicklungszeitraum als die später noch zu beschreibenden Untersuchungen. Die Art der Daten bei McCord erscheint ebenfalls wesentlich unmittelbarer mit den Familieninteraktionen verbunden als Fragen in einem standardisierten Test. Sie erscheinen deshalb inhaltlich relevanter und lebensnäher.

Zur Interpretation der Einzelergebnisse erscheint der Gesichtspunkt des Abhängigkeitskonflikts, d.h. vor allem die Bedürfnisse nach Zuwendung, Passivität und Versorgtsein u.a. stark dominierend, so daß der Gesichtspunkt der Entwicklung der Ich-Fähigkeiten d.h. vor allem der Entwicklung von Problem- und Konfliktlösungsstrategien zu wenig beachtet wurde. Häufig taucht z.B. die Variable Fluchtendenz der Eltern auf, die man plausiblerweise mit der mangelnden Affekt- und Frustrationstoleranz oder dem mangelnden Durchhaltevermögen vieler Drogenabhängiger in Beziehung setzen könnte. Der Abhängigkeitskonflikt selbst kann durch die Daten nicht unmittelbar plausibel belegt werden. Daß mütterliche Ambivalenz dem Kind gegenüber zu Abhängigkeitskonflikten führt, wie als Hypothese ausdrücklich bemerkt wird, ist nicht unmittelbar evident. Es nimmt daher nicht Wunder, daß McClelland die Daten eher als Unterstützung für seine Machthypothese ansehen kann. Eine Interpretation der Daten

setzt m.E. letztlich ein theoretisches Modell voraus. Dabei sollten m.E. mindestens drei Gesichtspunkte berücksichtigt werden:

1. Abhängigkeitsbedürfnisse und Machtbedürfnisse müssen zunächst einmal so weit als möglich operationalisiert werden, um aus einzelnen Daten plausibel oder empirisch belegt abgeleitet werden zu können.
2. Das, was psychoanalytisch als Ich-Stärke oder Ich-Fähigkeit bezeichnet wird, sollte ebenfalls operationalisiert werden, so daß die Daten einer Untersuchung und die operationalisierten Items auf einer Ebene liegen.
3. Die Entwicklungsbedingungen in der Familie sollten in Beziehung gesetzt werden einmal zur Frage der Entstehung stärkerer Abhängigkeits- und Machtbedürnisse und zum anderen zur Entwicklung der Ich-Fähigkeit.

Erst eine solche theoretische Vorarbeit könnte m.E. zu einer fundierten Interpretation der Daten führen, die letztlich ohne ein solches theoretisches Raster unmöglich erscheint.

2.7.4.2 Untersuchung von Jessor und Mitarb. (1968, 1977).

Jessor hat vor allem zwei größere Untersuchungen durchgeführt: Einmal eine Vergleichsstudie an drei verschiedenen Volksgruppen über die Persönlichkeitsentwicklung und über die Entwicklung devianter Verhaltensweisen (Jessor et al 1968) und zweitens eine Längsschnittuntersuchung an Jugendlichen (Jessor et al 1977) über die psychosoziale Entwicklung und insbesondere über die Entwicklung von sog. Problemverhalten (Alkoholmißbrauch, kriminelles Verhalten, Sexualverhalten). Die Untersuchung von 1977 sei hier etwas genauer dargestellt, um die Bedeutung der erfaßten Variablenbereiche genauer beurteilen zu können.

Fragestellung:

1. Wie entwickelt sich bei Jugendlichen das sog. Problemverhalten?
2. Läßt sich eine sozialpsychologische Theorie auf eine

solche Untersuchung anwenden und überprüfen?

Stichprobe:
Teilstichprobe 1 bestand aus 400 High-School Schülern; Teilstichprobe 2 setzt sich aus 200 Collegestudenten zusammen. Die High-School Studie begann im Frühjahr 1969 (Klassen 7,8,9) und endete im Frühjahr 1972. Die College-Untersuchung erstreckte sich von Anfang 1970 bis Anfang 1973.

Daten:
Während der Untersuchung wurde jedes Jahr im Frühjahr eine Testung mit einem 50-seitigen Fragebogen durchgeführt. Der Fragebogen umfaßte die Schwerpunkte Verhalten des Jugendlichen, seine Persönlichkeit und die Wahrnehmung seiner sozialen Umgebung. Zum Verhalten gehörten die Bereiche Drogenkonsum (1), Sexualverhalten (2), Alkoholtrinken und das damit verbundene Problemverhalten (3), Protestverhalten (4), allgemein deviantes Verhalten (Aggression, Lügen u.a.) (5). Außerdem wurden zwei Bereiche konventionellen Verhaltens, nämlich die schulische Leistung und die religiöse Entwicklung mit erfaßt.

Theoretischer Bezugsrahmen:

Bei der Erfassung der Persönlichkeit wurde ein bestimmtes Persönlichkeitskonzept zugrundegelegt, das auf der Persönlichkeitstheorie von Rotter (vgl. Rotter u. Hochreich 1979) aufbaut. Die Struktur des Persönlichkeitssystems ist bestimmt

1. durch ein Motivationssystem, das die Antriebsseite repräsentiert,
2. durch die persönliche Meinungsstruktur, die von Jessor vor allem hinsichtlich der Hemmung und Kontrolle abweichenden Verhaltens betrachtet werden, und
3. durch ein persönliches Kontrollsystem, das im Gegensatz zur persönlichen Meinungsstruktur direkt einen Kontrolleinfluß auf das Problemverhalten ausübt.

Beim Motivationssystem werden 3 Zielbereiche ausgewählt: Schulische Leistung, Unabhängigkeit sowie Ansehen und Zuwendung von Gleichaltrigen (peer affection). Hinsichtlich dieser Ziele wurde einmal die individuelle Bedeutung und Wichtigkeit bestimmt, zum anderen die Erwartung des Jugendlichen, diese Ziele auch zu erreichen.

Zur persönlichen Meinungsstruktur gehörten 4 Variablen, nämlich "soziale Kritik", "Entfremdung" (Unsicherheit be-

züglich der eigenen Rolle und Funktion u.a.), Selbstachtung und internale bzw. externale Kontrolle (im Sinne des Konzepts von Rotter).
Das persönliche Kontrollsystem besteht aus 3 Variablen: 1. Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten, 2. religiöse Bindung und 3. Beurteilung positiver und negativer Aspekte des Sexualverhaltens, des Cannabisgebrauchs und des Alkoholkonsums.
Neben der Erfassung der Persönlichkeitsbereiche war die individuelle Wahrnehmung der sozialen Umgebung von großer Wichtigkeit. Dabei wurde zwischen Bereichen unterschieden, die mit dem Problemverhalten näher verbunden sind (z.B. Billigung oder Mißbilligung von Problemverhaltensweisen durch Freunde) und einem anderen Bereich, der weiter entfernt vom Problemverhalten geschehen würde (z.B. Erwartungen der Eltern und von Freunden allgemein). Dabei wird von der der Hypothese ausgegangen, daß die Wahrnehmung von Modellverhalten das eigene Problemverhalten der Jugendlichen fördern oder hemmen kann. Zum Verhaltenssystem schließlich gehört die Struktur des Problemverhaltens hinsichtlich Sexualität, Drogengebrauch und sozialer Auflehnung und die Struktur konventionellen Verhaltens hinsichtlich der Leistungsorientierung und dem religiösen Verhalten.
Ergebnisse:
Hinsichtlich der Struktur des Problemverhaltens wurde deutlich, daß die einzelnen Problembereiche nicht unabhängig voneinander sind, sondern ein Syndrom darstellen, das auf der High-School Ebene stärker ausgeprägt ist als auf der College-Ebene.
In der High School Stichprobe ergab sich zwischen Persönlichkeitsvariablen und Problemverhalten insgesamt eine Korrelation von 0,57 für die männliche Gruppe und 0,58 für die weibliche Gruppe. Die wahrgenommenen Umgebungsvariablen zeigen im direkten Bereich eine Korrelation von 0,69 für beide Geschlechter und eine Korrelation von 0,29 (Jungen) und 0,41 (Mädchen) für

den indirekten Bereich.
In der College-Stichprobe beträgt der Zusammenhang zwischen Problemverhalten und den Persönlichkeitsvariablen 0,29 (für die Männer und 0,41 für die Frauen. Mit den direkten Umgebungsvariablen ergibt sich eine Korrelation von r = 0,16 (Männer) und 0,64 (Frauen). Der Zusammenhang der indirekten Umgebungsvariablen mit dem Problemverhalten beträgt r = 0,25 (Männer) und 0,23 (Frauen).
Vom System "Persönlichkeit" zeigte den stärksten Zusammenhang zum Problemverhalten das persönliche Kontrollsystem gefolgt von der Motivationsstruktur und dem Meinungssystem. Die wichtigste Variable war ein Diskrepanzscore zwischen Leistungs- und Unabhängigkeitstendenz, dann folgte die Variable Sozialer Protest im "Meinungssystem" und schließlich die Variable Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten im persönlichen Kontrollsystem.
Jugendliche, die weniger Problemverhalten zeigen, sind stärker leistungsorientiert und erwarten schulisch erfolgreicher zu sein, kümmern sich weniger um Probleme der Autonomie, sehen die Gesellschaft relativ unproblematisch, sind religiös engagiert und reagieren strenger auf irgendwelche Normübertretungen und finden weniger Positives an verschiedenen Problemverhaltensweisen.
Ergebnisse zum Trinkverhalten: Es wurde zwischen Abstinenten, Normaltrinkern und Problemtrinkern unterschieden. Hinsichtlich dieser 3 Gruppen zeigen die Mittelwerte der Variablen aus dem Persönlichkeitssystem keine signifikante Unterschiede bis auf die persönliche Kontrollstruktur (z.B. Toleranz gegenüber normabweichendem Verhalten). Bei den College-Studenten zeigte sich nur ein Unterschied bei der Variablen "drinking disjunction".
Diskussion der Untersuchung von Jessor:
Die umfangreiche Untersuchung bezieht sich weniger auf Alkoholabhängige als auf die Entwicklung des Normaltrinkens und des Alkoholmißbrauchs bei Jugendlichen. Deshalb bleibt die

Übertragung der Ergebnisse auf ein repräsentatives Alkoholikerklientel ungeklärt und kann nur durch eine direkte Untersuchung aufgezeigt werden.
Das Kontrollsystem gegenüber normabweichenden Verhalten erscheint insgesamt von größerer Bedeutung als das Motivationssystem und kann daher als wichtige, allerdings alkoholunspezifische Dimension für die Entwicklung von Drogenmißbrauch angesehen werden.
Deutlich wurde in der Untersuchung auch die Wichtigkeit eines theoretischen Bezugsrahmens. Dieser erscheint notwendig

1. zum Auffinden von relevanten Variablen und
2. zur sinnvollen Ordnung und Zusammenfassung von Variablenbereichen und
3. zur Suche nach dynamischen Zusammenhängen zwischen diesen verschiedenen Variablen.

Neben dem Kontrollsystem erscheint auch die subjektive Warnehmung der sozialen Einflußfaktoren (von wichtigen Bezugspersonen oder Bezugsgruppen) von großer Bedeutung für die Entwicklung des Problemverhaltens.

2.7.4.3 Untersuchungsergebnisse mit standardisierten Fragebögen

2.7.4.3.1 Untersuchung von Loper, Hoffmann und Kamayer (1973, 1974)

Fragestellung: Mit Hilfe des MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) sollte die prämorbide Persönlichkeit von Alkoholabhängigen untersucht werden.

Stichprobe:
Von zwei großen Behandlungszentren wurden jene Alkoholabhängigenausgewählt, die ein College der Universität von Minnesota besucht haben, wo früher bei allen College-Anfängern der MMPI erhoben wurde. Auf diese Weise wurden 100 Patienten ausgewählt, von denen allerdings nur bei 32 Testergebnisse mit dem MMPI vorlagen.
Als Kontrollgruppe dienten 148 Probanden, die früher Klassenkameraden waren (Zufallsauswahl). Die Alkoholiker waren bei College-Beginn leicht, aber nicht signifikant älter. Im Durchschnitt vergingen 13 Jahre zwischen College-Aufnahme (Durchschnittsalter 20,5 Jahre) und Hospitalisierung. Das Durch-

schnittsalter der Alkoholiker bei Krankenhausaufnahme betrug 33,5 Jahre.
Daten:
MMPI; aus diesem Item-Pool wurden die üblichen klinischen Skalen, die Validitätsskalen, eine Anpassungsskala (in Bezug auf das College) von Kleinmuntz sowie die Inhaltsskalen von Wiggins berechnet.

Ergebnisse:

Die Alkoholiker zeigten zum Zeitpunkt der College-Aufnahme signifikant höhere Werte auf den klinischen Skalen Psychopathie und Hypomanie. Diese Unterschiede wurden inhaltlich von den Autoren folgendermaßen interpretiert: Präalkoholiker seien impulsiver, rebellischer und sozial aggressiver als andere Gleichaltrige. Die erhöhten Werte auf der Skala Hypomanie seien Indikatoren für einen größeren Expansionsdrang sowie für die Tendenz, an soziale Normen sich weniger gebunden zu fühlen. Die Anpassungsskala ergibt keine signifikanten Unterschiede. Bei den 19 Inhaltsskalen nach Wiggins ergeben sich in nur 2 Skalen signifikante Unterschiede: Präalkoholiker erreichen höhere Werte auf der Skala "Autoritätskonflikte" und auf der Skala "schlechtere Gesundheit". Die Kontrollpersonen zeigen insgesamt mehr konventionelles Verhalten und Einstellungen und sorgen sich weniger um ihre Gesundheit. Die Ergebnisse wurden von den Autoren als ähnlich mit denen von Jones (1968) angesehen.
In einer weiteren Auswertung derselben Stichprobe durch Hoffmann et al (1974) ist man der Frage der Vorhersagbarkeit der späteren Alkoholismusentwicklung nachgegangen. Die Stichprobe bestand hier noch aus 25 Alkoholabhängigen. Es wurden wiederum die Inhaltsskalen nach Wiggins und 9 verschiedene spezifische Alkoholismusskalen des MMPI ausgewertet.
Ergebnisse:
Im Vergleich College-Beginn und Behandlungsbeginn ergaben sich hier signifikant höhere Werte auf den Skalen soziale Fehlanpassung, Depression, weibliche Interessen, geringere moralische Bindung, mehr Familienprobleme sowie geringere Werte auf der Skala religiöse Bindung.
Der Vergleich mit den 9 verschiedenen Alkoholismusskalen

zeigt in 4 Skalen signifikante Veränderungen seit der College-Aufnahme.
Im Vergleich "Präalkoholiker" (zum Zeitpunkt des College-Beginns) mit der Kontrollgruppe zeigen nur die Skalen von McAndrew und Rosenberg signifikante Unterschiede. Eine Vorhersage der Entwicklung von Alkoholismus durch die McAndrew-Skala (Trennwert 26) ergibt 72% richtige Klassifikationen der Alkoholikergruppe und 28% falsch-positive Klassifikationen bei der Kontrollgruppe. Mit der Rosenberg-Skala werden ebenfalls 72% der Alkoholiker richtig prognostiziert und 28% der Kontrollgruppe fälschlicherweise als zukünftige Alkoholiker eingeordnet. Damit sind die Fehlklassifikationsraten, insbesondere die Rate der falsch-positiven Klassifikationen für praktische Zwecke noch zu hoch. Interessant erscheint an diesen Ergebnissen noch, daß die Persönlichkeitsstruktur im erfaßten Zeitraum als weitgehend konstant angesehen werden kann. Veränderungen ergaben sich hauptsächlich im Bereich der Gesundheit, der Grundstimmung, bezüglich Schuldgefühle und bezüglich des Selbstwertgefühls.

2.7.4.3.2 Untersuchung von Jones (1968)

Fragestellung: Inwieweit ist vor Beginn des Alkoholabusus eine spezifische Persönlichkeit erfaßbar?

Stichprobe:
Die Untersuchung ist Teil der Oakland-Studie.
Aus dieser Stichprobe stammen 66 Männer, von denen 6 als Problemtrinker, 16 als schwere Trinker, 20 als mäßige Trinker und 3 als abstinent klassifiziert wurden.
Daten:
Die Datenerhebung wurde zum ersten Mal zur Zeit der Junior High School (ca. 10 1/2 Jahre), dann der Senior High School und schließlich im Erwachsenenalter durchgeführt. Die Jugendlichen wurden damals über 7 Jahre intensiv untersucht. Aufgrund zahlreicher Interviews, die von unabhängigen Beurteilern ausgewertet wurden, und des California-Q-Sort erfolgte die Datenauswertung.

Ergebnisse:

Die Problemtrinker zeigten in der Schulzeit eine weniger kontrollierte Impulsivität und mehr extravertiertes Verhalten.

Ein gutes Funktionieren in ihrer männlichen Rolle war für sie von größerer Bedeutung. Auf der Senior High School ist sich der zukünftige Problemtrinker seines Eindrucks bei anderen weniger deutlich bewußt, ist weniger produktiv, sensibler gegen Kritik und weniger ruhig und zurückhaltend. Er wird im Laufe der Schulzeit weniger günstig beurteilt. Die Autorin sagt zusammenfassend, daß künftige Problemtrinker aus einer Personengruppe kommen, die weniger kontrolliert in ihrem Verhalten ist, rebellischer, mehr sich selbstbehauptend, einengende Grenzen bekämpfend und offener aggessiv ist. Die Ergebnisse werden als empirische Bestätigung des Abhängigkeitskonflikts gesehen, in dem die maskuline, rebellische Seite als Abwehr von Abhängigkeit interpretiert wird.
Einschränkend muß zu diesen Ergebnissen jedoch gesagt werden, daß die Zahl der Problemtrinker äußerst klein und damit die Untersuchung nur Tendenzen aufzeigen kann, die u.U. bei anderen Gruppen von Alkoholikern sich nicht reproduzieren lassen.

2.7.5 Theorien zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit

2.7.5.1 Lerntheoretisch orientierte Theorieansätze

Gemäß den Grundsätzen der Verhaltensmodifikation, sich hauptsächlich mit den die Störung aufrechterhaltenden Bedingungen zu beschäftigen, sind lerntheoretische Theorien über die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit relativ wenig entwickelt. In historischer Sicht unterscheidet Marlatt (in Marlatt u. Nathan 1978) folgende Phasen behavioristischer Ansätze zum Alkoholismus:
1. Phase: Anwendung der klassischen Konditionierung auf das Alkoholtrinken. Dabei kommt es zur Entwicklung von Aversionstherapien.
2. Phase: Angeregt durch die Lerntheorie Hulls sowie durch die lerntheoretischen Konzepte von Dollard und Miller stand nun die Spannungsreduktionshypothese im Vordergrund, die

trotz verschiedener Kritik weiterhin bedeutsam sei.
3. Phase: Diese ist durch Untersuchungen zur Beschreibung des Trinkverhaltens und der Trinkmuster charakterisiert. (vgl. Pattison, Sobell und Sobell 1977).
4. Phase: Es kommt zur Einführung neuer Therapieformen, z.B. von Selbstkontrolltechniken.
5. Phase: (die gegenwärtig beginne) Aufgaben der Prävention stehen nunmehr im Vordergrund.

Daneben beschreibt Marlatt noch eine Reihe weiterer Trends:
- Die Betonung sozialer Faktoren im Rahmen einer sozialen Lerntheorie.
- Die Betonung kognitiver Faktoren (z.B. Erwartungen, daß Alkohol in einem Getränk vorhanden ist u.ä.m.).
- Das Kontrollparadox: Alkoholiker versuchen, ihre Gefühle und Impulse durch Alkohol besser bewältigen zu können. Je mehr sie jedoch sich auf die Alkoholwirkung verlassen, desto schwieriger ist es für die Alkoholabhängigen die Kontrolle über das Trinken zu behalten.
- Der Ansatz "locus of control" von Rotter (1966)
- Die Attributionstheorie (Zuweisung von Kausalität für Verhalten und Ergebnisse)
- Und schließlich Techniken der Meditation.

Für eine weitere kurze Analyse erscheint es sinnvoll von den verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen bei Alkoholabhängigen (vgl. Vogler und Revenstorf 1978, Ferstl und Krämer 1976 u.a.) auszugehen. Es lassen sich daher zur Klärung der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit Ansätze nach dem Gesichtspunkt der klassischen Konditionierung, der operanten Konditionierung, der Gewohnheitsbildung und neuerdings in stärkerem Maße des sozialen Lernens unterscheiden. Allen Ansätzen gemeinsam ist natürlich der Ausgangspunkt, daß Alkoholtrinken und Alkoholmißbrauch als gelerntes Verhalten aufgefaßt werden kann.

2.7.5.1.1 Alkoholtrinken unter dem Aspekt der klassischen Konditionierung.

Die Aversionstherapie versucht aus dem positiv konditionierten Stimulus Alkohol einen negativ konditionierten Stimulus zu machen durch verschiedene Formen der Gegenkonditionierung. Die Annahme dabei ist natürlich, daß mit Alkohol bzw. mit alkoholischen Getränken positive Vorstellungen und Erwartungen verbunden sind, die zum Alkoholtrinken führen. Der positive Stimulus Alkohol hat, sofern er nicht als ein unkonditionierter Stimulus betrachtet wird, einen entsprechenden Lernprozeß durchlaufen. Das bedeutet, daß die Droge Alkohol im Laufe der Zeit mit einer Anzahl positiver Erfahrungen und Erwartungen verbunden d.h. konditioniert worden ist. Warum dies nur bei Alkoholikern in einem so starken Maße erfolgt ist, und nicht auch bei den sog. Normaltrinkern, läßt sich nur unter Hinweis auf die häufigere Konditionierung bei Alkoholikern infolge der bei Alkoholikern schwächeren sozialen Kompetenz erklären, so daß z.B. in sozialen Situationen Alkohol häufiger und intensiver zu Erleichterung und anderen positiven Erlebnissen geführt hat.

2.7.5.1.2 Alkoholabhängigkeit und operante Konditionierung

Die operante Betrachtungsweise des Alkoholtrinkens erscheint in der Literatur von größerer Bedeutung als die klassische Konditionierung. Unter dem Begriff der Spannungsreduktionshypothese wurde bereits eine Reihe von Untersuchungen dargestellt. Yates (1970) spricht von zwei Funktionen des Alkohols:

1. Zur Reduzierung eines physiologischen Defizits (z.B. bei Entzugserscheinungen) und
2. zur Reduzierung von Angstreaktionen, über deren Entwicklung er jedoch keine näheren Angaben macht.

Bei der Angstreduktion sind dann Modelle des Vermeidungs- und Fluchtverhaltens von Bedeutung.

Zur Erklärung der Entwicklung des Alkoholmißbrauchs kann auch auf den Begriff der Gewohnheitsbildung zurückgegriffen werden, der von der Gewöhnung im Sinne einer Habituation an bestimmte Reize unterschieden werden muß (vgl. Lennertz 1974).
Hierzu hat Hull (s.z.B. in Yates 1970 oder Kanfer u.Philipps 1970) die umfassendste Theorie entwickelt. Nach Hull ensteht eine Gewohnheit durch eine Konditionierung einer spezifischen Reaktionsweise, so daß dadurch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten anderer Verhaltensweisen erniedrigt wird. Das bedeutet, die spezifische Reaktion steigt als Gewohnheitspotential in einer sog. "Habit-Hirarchie" nach oben. Ob eine spezifische Reaktion dann in einer bestimmten Situation eintritt, hängt auch noch von der gegenwärtigen Bedürfnisspannung ab.
Warum gerade bei Alkoholikern und nicht auch bei Normaltrinkern sich eine solche Gewohnheit des Alkoholmißbrauchs herausgebildet hat, bleibt in der zitierten Literatur unbeantwortet. Es läßt sich natürlich sagen, daß Alkoholiker vermehrt Defizite z.B. hinsichtlich sozialer Kompetenzen, Ängste, Minderwertigkeitsgefühle u.a. haben, aber eine solche Argumentation führt lediglich zu einer Verschiebung der gleichen Frage auf die Unterscheidung von Alkoholikern und anderen psychisch gestörten Patientengruppen.

2.7.5.1.3 Aspekt der Selbstkontrolle

Im Rahmen der Verhaltenstherapie sind eine Reihe von Therapietechniken zur Selbstkontrolle des Alkoholtrinkens entwickelt worden (vgl. z.B. Dittmar et al 1978). Die damit verbundenen theoretischen Vorstellungen und Konzepte sind dagegen wenig entwickelt. Die naheliegende Hypothese, daß Alkoholiker eine schwach entwickelte Selbstkontrollfähigkeit besitzen, speziell gegenüber dem Alkohol oder auch gegenüber anderen Impulsen wurde bislang wenig diskutiert. Hier erscheint noch ein breites Feld der Theoriebildung ungeklärt.

Vermutlich hängt das Theoriedefizit in diesem Bereich damit zusammen, daß der psychogenetischen Frage in der Verhaltenstherapie keine so große Bedeutung zukommt.

2.7.5.1.4 Alkoholmißbrauch als soziales Lernen

Nach Nathan (1978) neigen die meisten Behavioristen zu einer Theorie des sozialen Lernens. Dieser Ansatz des sozialen Lernens läßt sich am besten im Modell eines behavioristischen Behandlungsprogramms nach Miller u. Eisler (1975) verdeutlichen. Ein solches Gesamtprogramm verfolgt 3 größere Zielbereiche:

1. Die Verminderung der sofortigen Verstärkungswirkung der Droge im wesentlichen durch Aversionstherapie verschiedenster Art (Elektroschock, verdeckte Sensibilisierung u.a.)
2. Erlernen neuer Verhaltensweisen, die mit dem Drogenverhalten nicht vereinbar sind. Dabei geht es im wesentlichen um das Erlernen sozialer Fertigkeiten und um Selbstbehauptung.
3. Veränderung der individuellen sozialen und beruflichen Umgebung, so daß der Patient ein Maximum an Verstärkungen bekommt für verschiedene Aktivitäten, die nicht im Zusammenhang mit der Droge Alkohol stehen. Als Therapietechniken können hier z.B. sog. Token-Systeme eingesetzt werden.

Dieser Modellvorstellung liegt die Annahme zugrunde, daß Alkoholiker Defizite im Bereich sozialer Kompetenzen haben und deshalb Alkohol brauchen, um mit den dadurch bedingten Spannungen, Konflikten und Problemen besser fertig zu werden. Auf diese Weise wird Alkoholtrinken immer mehr zu einem positiven Verstärker. Noch ein weiterer Bereich von Erfahrungen und von Untersuchungsergebnissen dient der Stützung dieses Ansatzes: Es hat sich nämlich in einer Reihe experimenteller Untersuchungen gezeigt, daß das Alkoholtrinken auch bei Alkoholabhängigen stark situationsspezifisch ist (vgl. Abschnitt 2.5.1.2). Außerdem haben sich in verschiedenen Untersuchungen die Normen von Gleichaltrigen als wichtiger Einflußfaktor für den Alkoholmißbrauch erwiesen (s.z.B. Jessor 1977 u.a.).

2.7.5.2 Psychoanalytische Theorien zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit

Bei der Darstellung psychoanalytischer Konzepte soll hier nur ein rasterhafter Überblick versucht werden, in der die Aspekte einzelner Autoren eingeordnet werden können. Die Verwirrung der vielen psychoanalytischen Einzelhypothesen hat m.E. einen Grund darin, daß nicht eindeutig zwischen der Entwicklung des Antriebsbereichs (Triebe, Bedürfnisse) einerseits und der Ich-Entwicklung andererseits unterschieden wird. Bis auf die Narzißmustheorie (s.z.B. Lürssen 1977 u.a.) sind viele Arbeiten aus den 50iger Jahren, in denen die Theorie der Ich-Entwicklung noch nicht so sehr in das Zentrum der psychoanalytischen Theoriebildung gerückt war. Lisansky (1960) hat bei ihrer zusammenfassenden Darstellung über die psychologischen Prädispositionen der Alkoholabhängigkeit zunächst einmal pragmatisch verschiedene Entwicklungsabschnitte unterschieden:

1. Das Vorschulalter oder die frühe Kindheit, die Schulzeit, die Adoleszenz und die frühen Erwachsenenjahre;
2. die Anfangsperiode des Alkoholmißbrauchs und
3. die Alkoholismusperiode.

Wir befassen uns in diesem Abschnitt nur mit Punkt 1. Lisansky meint, daß die ätiologischen Bedingungen früher Lebenserfahrungen nicht sehr spezifisch für Personen seien, die später alkoholabhängig werden. Für eine Disposition zu Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit stellt sie einige Faktoren einer prädisponierenden Persönlichkeit zusammen:

a) starke Bedürfnisse, Antriebe und Impulse zur Abhängigkeit
b) schwach, inadäquate Abwehrmechanismen gegen diese exzessiven Wünsche; diese führen unter bestimmten Bedinungen zu
c) einem intensiven Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonflikt;
d) es liegt auch eine geringe Frustrations- und Spannungstoleranz vor;
e) ebenso liegen ungelöste Liebe-Haß Ambivalenzen vor.

Einschränkend führt dazu Lisansky an, daß es nicht eine bestimmte Persönlichkeitskonstellation gäbe, sondern eher mehrere, die zur Alkoholabhängigkeit disponieren.
Eine psychoanalytische Entwicklungstheorie steht vor allem vor der Aufgabe, die allgemeine Ich-Schwäche (mangelnde Frustrationstoleranz, geringes Durchhaltevermögen und wenig differenzierte Abwehrhaltung u.a.) sowie die Bedürfnisse nach Abhängigkeit und Unabhängigkeit zu erklären und verstehbar zu machen und dabei von der Entwicklung anderer Störungen abzugrenzen.
Die Suche nach einer spezifischen Konfliktkonstellation erscheint immer noch unentschieden. Knight (1937) z.B. geht davon aus, daß es einen solchen Grundkonflikt nicht gibt, ohne dies jedoch ausreichend begründen zu können. Die zu diskutierende Alternative ist der sog. Abhängigkeitskonflikt. Dabei ergibt sich die Frage, ist dieser Abhängigkeitskonflikt primär d.h. geht er der Alkoholismusentwicklung voraus und ist er bereits in der frühen Kindheit vorhanden oder ergibt sich dieser Konflikt erst im weiteren Verlauf der Entwicklung z.B. durch den Druck zunehmender Verantwortung, Selbständigkeit und Leistung des Erwchsenwerdens und ist in der frühen Kindheit vorwiegend in Form bestimmter Ich-Defizite vorgeprägt.

Zur Störung der Ich-Entwicklung erscheinen vor allem zwei psychoanalytische Hypothesen relevant:
Für eine optimale Entwicklung der Ich-Fähigkeiten ist ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen Zuwendung und Frustration entscheidend. Ein solches individuell zu bestimmendes Gleichgewicht von Lust- und Unlusterfahrungen sei notwendig für die Entwicklung einer Grundsicherheit und für die Fähigkeit, Frustrationen zu ertragen. Bei Alkoholabhängigen sei dieses Gleichgewicht durch übermäßige Verwöhnung oder überstarke Frustration oder durch beides gestört und sei als disponierender Faktor anzusehen. (Lisansky 1960).

Die Ich-Entwicklung erfolgt neben der biologischen Reifung vor allem durch die Internalisierung von Objektrepräsentanzen, d.h. durch Internalisierung aber auch durch Integration positiver und negativer Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen. In der frühkindlichen oder oralen Entwicklungsphase ist die Bezugsperson meist die Mutter. Die mangelnde Integration dieser Erfahrungen führt zu Selbstunsicherheit, zu kompensatorischen Wünschen nach einem Größenselbst und zu Liebe-Haß-Ambivalenzen in Objektbeziehungen.

Bei der angenommenen Störung im oralen Antriebsbereich ist unklar, was im einzelnen damit gemeint ist. Die Analogie zwischen oralem Aufnehmen und dem Alkoholkonsum oder das Bedürfnis nach Nahrungsaufnahme insgesamt erscheint allein nicht überzeugend. Typisch für die orale Phase ist das totale Versorgt- und Beschütztsein, die passive Befriedigung und die Erfüllung aller Bedürfnisse. Das bedeutet, daß hier der Triebaspekt und die Art und Weise der Erfüllung sehr eng miteinander gekoppelt sind. Mit Abhängigkeitswünschen ist vor allem diese passive Art und Weise der möglichst sofortigen und totalen Erfüllung aller Wünsche und Bedürfnisse gemeint.

Unbefriedigend gelöst erscheint in der psychoanalytischen Theorieentwicklung die Beibehaltung oraler Konflikt- und Problembewältigung und die Gegentendenz der analen Konfliktbewältigung mit Wünschen nach Stärke, Macht und Unabhängigkeit.

Aus den psychoanalytischen Hypothesen ergibt sich vor allem die Annahme der Störung der Ich-Entwicklung in der oralen Phase. Am interessantesten für die spätere Analyse der Alkoholabhängigkeit erscheint dabei die Hypothese einer oralen Konfliktbewältigung, die sich im Laufe der Alkoholismusentwicklung noch verstärken kann. Dieses Konstrukt ist jedoch noch wenig operationalisiert und zumindest zunächst wenig alkoholspezifisch.

2.7.6 Diskussion und Folgerungen

1. Die theoretischen Ansätze zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit beziehen sich hauptsächlich auf nicht direkt mit dem Trinkverhalten zusammenhängende Variable der Persönlichkeit oder des Verhaltens.
Sie ergeben für die Entwicklung allgemeiner alkoholunspezifischer Beurteilungsdimensionen einige Anhaltspunkte:
Die psychoanalytische Theorie zielt auf orale Triebtendenzen sowie auf den Aspekt der Ich-Schwäche ab. Die Verhaltenstheorien beziehen sich mehr auf die Erfassung von Ich-Defiziten im Sinne mangelnder sozialer Kompetenzen und auf den Einfluß äußerer sozialer Faktoren. Daneben wird der Aspekt der Selbstkontrolle, zumindest in den Therapieansätzen betont, ohne die Selbstkontrolle jedoch als primär bei Alkoholabhängigen gestörten Bereich anzusehen.
2. Die empirischen Ergebnisse zur Alkoholismusentwicklung ergeben insgesamt ein doch einheitlicheres Bild über die Entstehung der Alkoholabhängigkeit als die meist vorherrschende Meinung der Unbekanntheit und Widersprüchlichkeit der Untersuchungen vermuten läßt.
Alkoholiker vom Gamma-Typ zeigen vor Beginn des Alkoholabusus bereits eine charakteristische, wenn auch bezüglich der sozialen Anpassung insgesamt meist nicht weiter auffällige Persönlichkeit, die durch eine größere unkontrollierte Impulsivität und durch stärkere Bedürfnisse nach Männlichkeit charakterisiert ist.
3. Für die Auswahl von möglichst alkoholspezifischen Beurteilungsdimensionen ergeben sich nur wenig Anhaltspunkte. Die Untersuchungen und theoretischen Vorstellungen über den Entwicklungsverlauf des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit scheinen noch zu wenig differenziert. So wird die Entwicklung der Einstellungen zum Alkohol nicht in die Beschreibung der Restitution mit einbezogen. Die Phasenbeschreibung Jellineks bleibt zu sehr am unmittelbar be-

obachtbaren Verhalten, das sich in der Restitutionsphase natürlich schlagartig verändern kann, ohne daß gleichzeitig aber auch alkoholspezifische Einstellungen zum Alkohol (z.B. positive Erwartungen bezüglich des Alkohols) verändert sein müssen, so daß diese noch latent wirksam sein können und evtl. durch äußere Umstände wiederaktiviert zu Rückfällen beitragen können.

2.8 Beurteilungsaspekte des Problembereichs Prognose und Indikation

2.8.1 Differenzierung der Problemstellung

Aussagen über Prognose und Indikation ergeben sich häufig als Nebenprodukt von Evaluationsuntersuchungen einer Therapieeinrichtung oder eines Therapieprogramms. Aus allen Untersuchungen über zeitliche Veränderungen von Merkmalen bei Alkoholikern können theoretisch Aussagen zur Prognose abgeleitet werden. Diese Vielfalt von Untersuchungen macht eine Darstellung empirischer Ergebnisse besonders schwierig und führt in weitaus den meisten Untersuchungen lediglich zu Aussagen über die prognostische Valenz von Einzelmerkmalen, ohne daß ein Gesamtkonzept erkennbar wäre. Deshalb sei zunächst noch eine genauere Analyse der Begriffe Prognose und Indikation versucht.
Aus der Spezifität bzw. Unspezifität der beiden Einflußbereiche "Störung" und "Behandlung" ergeben sich verschiedene Grundsituationen der prognostischen Fragestellung, die in Form einer Mehrfelder-Tafel schematisiert werden können.

Abb. 6 Schema zur Spezifität von Prognosen

	Störung	
	diagnose-spezifisch	Symptom spezifisch
spezifische Behandlung	behandlungs- und diagnosespezifische Prognose (differentielle Pr.)	symptomspezif.u. behandlungsspez. Prognose
Allgemeinbehandlung z.B.Entspannungstraining	diagnosespezifische Prognose bei Allgemeinbehandlung	symptomspezif.Prognose bei Allgemeinbehandlung
	diagnosespezif.Prognose (unabh.von Behandlung)	symptomspezif.Prognose (unabh.v. Behandlung)

Im allgemeinen Fall ist die Prognose abhängig von einer Wechselwirkung zwischen Merkmalen des Patienten und Merkmalen der Behandlung. In dem obigen Schema wird auf Seiten des Patienten lediglich die Störung berücksichtigt, inwieweit damit auch die aufrechterhaltenden Bedingungen der Störung gemeint sind bleibt ungeklärt. Weitere Differenzierungen des Prognoseproblems könnten hier versuchen, zwischen einer mehr deskriptiv charakterisierten Störung und den für die Aufrechterhaltung bzw. für die Veränderung der Störung wichtigen Merkmalen des Patienten zu unterscheiden. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Aufgabe erscheint jedoch eine weitergehende Schematisierung einer solchen differenzierten Betrachtungsweise nicht erforderlich.

Der Prozeß der Indikationsstellung läßt sich theoretisch durch Zuordnungsregeln charakterisieren, welche Patientenmerkmale und Behandlungsmerkmale einander zuordnen, so daß das Behandlungsergebnis optimiert wird. Voraussetzung für empirische Aussagen zur Indikation sind wiederum Evaluationsuntersuchungen, aus denen sich prognostische Aussagen über eine Wechselwirkung von Patientenmerkmalen und Behandlungsmerkmalen bzw. Behandlungstypen ableiten lassen.

Auch bei der Indikation können verschieden spezifische bzw. allgemeine Fälle unterschieden werden. Zum Beispiel kann von einer generellen Indikation gesprochen werden, die vorliegt, wenn die generellen Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Therapie, unabhängig von der jeweiligen Therapieeinrichtung gegeben sind. Von eine speziellen oder differentiellen Indikation läßt sich dann sprechen, wenn verschiedene Patientenmerkmale verschiedenen Behandlungstypen zugeordnet werden können.(Auf eine weitere Systematisierung wird hier verzichtet.) Bei Untersuchungen zur Indikation sollte von klinisch relevanten Fragestellungen ausgegangen werden. Diese sind:

1. Hat der Patient überhaupt entscheidende Störungen bzw. Schäden mit Krankheitswert, so daß eine Behandlung indiziert ist?
2. Ist der Patient überhaupt zu einer Therapie motiviert?
3. Ist eine stationäre oder eine ambulante Behandlung indiziert?
4. Welche Dauer eine stationären oder ambulanten Therapie erscheint notwendig.
5. Welche Art der Behandlung ist für den betreffenden Patienten optimal?

Für die Prognose unabhängig von einer Behandlung ist die Vorhersage einer möglichen Spontanremission von zentraler Bedeutung. Dabei geht es um die Frage, welche Alkoholabhängigen haben eine gute Chance auch ohne spezifische Therapie mit ihren Alkoholproblemen fertig zu werden, sei es durch Abstinenz oder, vermutlich in nur wenigen Fällen, durch kontrolliertes Trinken.
Zufriedenstellende Antworten auf diese Fragen der Indikation und Prognose aufgrund empirischer Ergebnisse können bislang m.W. kaum gegeben werden. Statt dessen gibt es eine Reihe von mehr oder weniger unsystematischen Einzelergebnissen von verschiedenen Einzelmerkmalen, meistens von Patientenmerkmalen als Prognosekriterien.
Wichtig erscheint wiederum, daß es bei der Beurteilung von Prognose und Indikation letztlich um eine Beurteilung der Veränderbarkeit bestimmter Merkmale der Alkoholabhängigen geht.

2.8.2 Versuch einer systematischen Darstellung der wichtigsten Prognose- bzw. Indikationskriterien

2.8.2.1 Soziodemographische Variable

Wieser (1966) kommt in einem Übersichtsartikel zu dem Ergebnis, daß Männer eine günstigere Prognose haben als Frauen.

Auch das Alter hat nach Wieser (1966) u.a. einen Einfluß auf den Behandlungserfolg.

2.8.2.2 Soziale Anpassung

In einigen Untersuchungen konnte das Merkmal "soziale Stabilität" als Prognosefaktor bestätigt werden. (Rand-Report von Armor et al 1976, Gillies et al 1974, Welte et al.o.Jg.u.a.). Unter dem Begriff der sozialen Stabilität werden vor allem das Bestehen einer festen Partnerschaftsbeziehung, die beruflichen Verhältnisse und die Wohnsituation zusammengefaßt. Problematisch erscheint jedoch eine genauere Analyse dieser komplexen Variable, in der zahlreiche Faktoren der Persönlichkeit und der sozialen Umwelt mit eingehen. Vermutlich spielt dabei z.B. der Merkmalsbereich "Ich-Fähigkeiten" (soziale Kompetenz, Frustrationstoleranz, Kontrollfähigkeit u.a.) eine große Rolle. Außerdem gehen hier soziale Umweltfaktoren mit ein, die für den Patienten mehr oder weniger stützend sein können.
Für eine differenzierte Indikationsstellung dürfte daher dieses globale Merkmal weniger geeignet sein. Die Bedeutung dieser Variablen liegt vor allem in der Funktion als generellem Prognosekriterium.
Wieser (1966) spricht hinsichtlich der sozialen Anpassung von der Integration in sozialen Beziehungen oder negativ ausgedrückt vom Grad der Anomie.

2.8.2.3 Variable der Persönlichkeit

Wenn man die verschiedenen empirischen Untersuchungen in den Abschnitten über Persönlichkeit, Alkoholismustyp und Entwicklungsfaktoren global auf ihre Ergebnisse hin untersucht, so zeigen sich folgende Trends:

1. Die Psychopathie-Skala im MMPI ist bei Alkoholikern vor Beginn der Therapie, aber auch schon häufig vor

Beginn des Alkoholmißbrauchs deutlich erhöht (vgl. Barnes 1979 u.a., s. Abschnitt 2.3.2). Psychopathie und antisoziale Verhaltensweisen werden häufig als negativer Prognosefaktor angesehen (vgl. Wieser 1966).
Zur Interpretation läßt sich anführen, daß Psychopathie mit einer Störung oder einer Schwäche im Kontrollsystem bezüglich Affekte und Normen verbunden ist. Hinweise dafür enthalten die Untersuchungen von Jessor (1968) u.a.

2. Gut nachweisbar erscheint auch eine Orientierung an Macht, Stärke, Männlichkeit und Autonomie bei vielen Alkoholabhängigen (s. McClelland 1972). Ein Zusammenhang mit Prognose und Indikation konnte jedoch bislang m.W. nicht nachgewiesen werden.
3. Alkoholabhängige mit einer stärkeren Verleugnungstendenz zeigen bessere Ergebnisse in einer Katamnese als solche mit einer geringeren Verleugnungstendenz (O'Leary et al 1977).
4. Grad der Intelligenz: Hohe Intelligenz wird als günstiger Prognosefaktor angesehen (Wieser 1966 u.a.).

2.8.2.4 Trinkverhalten

Eine eventuelle Bedeutung spezifischer Trinkverhaltensweisen z.B. des sog. Kontrollverlustes wird m.W. nirgends erwähnt, ebensowenig der Einfluß des Alkoholismustyps. Trotz vieler Untersuchungen zur Trinkmotivation ist der Einfluß auf die Veränderbarkeit bislang weitgehend ungeklärt. Aharan und Ogilive (1967) haben keinen Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und dem Erfolg einer ambulanten Therapie (Antabusbehandlung, n = 116) festgestellt.
Die Probleme der Veränderbarkeit des Trinkverhaltens führen zu der Frage, wie ist die Einstellung gegen eine Veränderung

des Trinkverhaltens zur Abstinenz oder zum kontrollierten Trinken, und,im Zusammenhang mit der Trinkmotivation, wie leicht kann jemand auf Alkohol verzichten oder welchen Eindruck hat der Alkoholabhängige von sich selbst im Vergleich zu anderen, wenn er keinen Alkohol mehr trinken darf oder soll. Psychoanalytisch betrachtet weist der Aspekt der Veränderbarkeit auf die Bedeutung des Widerstands gegen Änderungen hin.

2.8.2.5 Prognose von Ausfällen bzw. Therapieabbrüchen

Hague et al (1976) konnte keine Unterschiede zwischen Abbrechern und den durchhaltenden Patienten feststellen (Daten: MMPI, Fragebogen für das Konzept,"Locus of Control," Fragebogen zur Erfassung von Abwehrmechanismen, Cornell-Index, Tests zur Erfassung der Feldabhängigkeit, Shipley Institute of Living Scale). Ebenso konnte mit dem 16PF und dem Edwards Personal Preference Schedule keine Unterschiede festgestellt werden (Gross und Nerviano 1973). Zusammenfassend wurde in der Übersichtsarbeit von Wieser (1966) folgende Skala prognostischer Faktoren zusammengestellt:

1. Psychopathische Disposition
2. Geschlecht
3. Bereitschaft sich einer Gruppe anzuschließen (Therapiemotivation)
4. Integrität zwischenmenschlicher Beziehungen oder Grad der Anomie (Intaktheit der Familienstruktur und des sozialen Umfelds)
5. Alter
6. Intelligenzgrad
7. Soziale Stufe (soziale Schicht)

2.8.3 Zur Indikation

Die Bedeutung der Indikationsstellung wird vielfach betont, ist jedoch sehr schwierig empirisch zu belegen. (vgl. Grawe 1978). In der klinischen Praxis dürften weniger Merkmale der Patienten einen entscheidenen Einfluß auf die Indikation haben (abgesehen von einer allgemeinen Therapiemotivation) als vielmehr praktische Gesichtspunkte. Z.B.: Ist der Patient überhaupt bereit für eine stationäre Therapie? Ist eine ambulante Therapie überhaupt verfügbar? Braucht der Patient sofort eine stationäre Therapie, ganz gleich wo? Kann der Patient aus beruflichen Gründen an einer länger dauernden Entwöhnungskur teilnehmen? Kann die Behandlung der in Frage stehenden Fachklinik als effektiv eingeschätzt werden? u.a.

Matakas et al (1978) sieht für die Indikation der ambulanten Therapie vor allem zwei Gesichtspunkte als wichtig an, nämlich 1. die soziale Stabilität des Patienten (gemeint ist hier seine berufliche Stellung und die familiäre Situation) und 2. die Gefährdung des Arbeitsplatzes durch eine länger dauernde stationäre Therapie.
Für die Alkoholismustherapie hat in der BRD ein Expertenkomitee des Verbands der Suchtfachkrankenhäuser (1978) Aussagen zur Indikation gemacht. Danach sollten folgende Gesichtspunkte beachtet werden:
Die Motivation des Patienten zur Behandlung; Alter und Geschlecht; Art, Dauer und Schwere der Suchterkrankung; Dauer und Art der Behandlung; Persönlichkeitsstruktur; Folgeschäden; psychosoziale Situation; Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten.
Eine ambulante Therapie sei für solche Patienten indiziert, welche ausreichend motiviert, relativ gut sozial integriert und frei von schweren Störungen auf psychischem oder körperlichem Gebiet sind. Außerdem wird eine ambulante Behandlung

noch als Vorbereitung für eine stationäre Therapie oder als eine Weiterbehandlung nach einer stationären Therapie betrachtet.
Eine kurzfristige stationäre Behandlung sei indiziert bei leichteren körperlichen, seelischen oder sozialen Störungen, wenn eine qualifizierte Weiterbehandlung möglich ist. Auch bei einem erneuten Rückfall nach stationärer Therapie erscheint eine kurzfristige Behandlung sinnvoll.
Eine mittelfristige Therapie wird bei schweren körperlichen, seelischen und sozialen Schäden empfohlen. Indikationskriterien für eine langfristige Behandlung sind schließlich schwere Sozialisationsschäden bei Drogenabhängigen oder Nichtseßhaften oder bei schwerem organischen Psychosyndrom mit langsamer Rückbildungstendenz.
Kissin et al (1968) hat in einer empirischen Untersuchung versucht ein Schema für eine differentielle Therapiezuweisung zu erstellen. Die Autoren unterscheiden zwischen sozialer und psychischer Kompetenz als den entscheidenden Beurteilungsdimensionen für die Therapieindikation. Jeder Alkoholiker kann in diesen beiden Dimensionen einen von zwei Ausprägungsgraden (hoch oder niedrig) erhalten. Die nachfolgende Abbildung zeigt dann folgende Therapiezuweisung:

Abb. 7: Schema zur Therapiezuordnung nach Kissin et al (1968)

	Soziale Kompetenz (i.Sinne allg.soz. Stabilität) hoch	niedrig
Psychische Kompetenz (i.S. intellektueller Fähigkeiten) hoch	Psychotherapie (psychodynamisch orient.Gruppentherapie) ambulant	Rehabilitationen (i.S. stationärer Milieutherapie)
niedrig	medikamentöse Therapie	

Kritisch ist zu diesem Schema anzumerken, daß hinsichtlich der Erfolgsrate der verschiedenen Behandlungsarten keine Unterschiede aufgetreten sind, auch nicht im Vergleich der verschiedenen Gruppen von Patienten mit hoher versus niedriger sozialer bzw. psychischer Kompetenz, so daß die empirische Grundlage für dieses Indikationsschema unklar bleibt.

Für ein ambulantes und stationäres Behandlungsprogramm hat Mindlin (1959) zusammenfassend folgende Prognosefaktoren bzw. Indikationsfaktoren ausgewählt:

1. Partnerschaft (z.Zt. der Hilfesuche):
   Bei ambulanten und stationären Patienten gab es statistisch signifikante Unterschiede zwischen Erfolgen und Mißerfolgen. Allein leben war für die stationär Behandelten ein ungünstiger Prognosefaktor. Getrennt oder geschieden war ein ungünstiger Prognosefaktor bei ambulant behandelten Patienten.
2. Sozioökonomische Ressourcen
3. Beschäftigung (insgesamt im Verlauf der Zeit gesehen):
   Ungelernte Berufe haben im allgemeinen eine schlechtere Prognose .
4. Zahl der Arreste: Dieses Item ist vermutlich nur typisch für die Verhältnisse in den USA.
5. Motivation: Gute Motivation stand in einem positiven Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg.
6. Intelligenzniveau: Hohe Intelligenz wurde mit einer günstigen Prognose in Beziehung gesetzt, erscheint aber in einer Validierungsstichprobe keine deutliche Beziehung mehr zum Behandlungserfolg aufzuweisen.
7. Psychiatrische Diagnose: Hier ist interessant, daß Patienten mit zwanghaften Syndromen einen guten Erfolg bei ambulanter Therapie aufwiesen, nicht dagegen bei stationärer Therapie. Die Gruppe der Zwanghaften war mit 28% bei der Gruppe der ambulant erfolgreich behandelten Patienten vertreten. Das Gegenteil gilt für hysterische Syndrome, die besonders bei ambulanter

Therapie aber auch bei stationärer Behandlung eine ungünstige Prognose hatten. Ebenfalls eine ungünstige Prognose zeigten sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Therapie Patienten mit einem chronischen organischen Psychosyndrom oder solche mit soziopathischen Störungen. Alle vier Diagnosen mit ungünstiger Prognose weisen nach Meinung der Autoren auf ein schwaches Ich oder Über-Ich hin und auf eine schlechte Kontrollfähigkeit.

8. Einige quantitative Rorschach-Variable:
   Differentielle Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wurden nicht angegeben.

Die empirische Untersuchung wurde mit insgesamt 5 Alkoholikergruppen durchgeführt:
Gruppe 1: 68 ambulant behandelte, bezüglich des Therapieerfolgs stark gebesserte Patienten
Gruppe 2: 44 ambulant behandelte, ungebesserte Patienten
Gruppe 3: 29 ungebesserte stationär behandelte Patienten
Gruppe 4: 50 Angehörige eines Arbeitshauses.
Mit Hilfe eines gewichteten (1 Punkt oder 1/2 Punkt), aus diesen 8 Items bestehenden Prognose-Index konnten in zwei Untersuchungen bei 84% bzw. 80% (von 60 ambulanten Patienten) der untersuchten Fälle der Erfolg bzw. Mißerfolg der Behandlung vorausgesagt werden.

Zur Interaktion von Patientenmerkmalen und Behandlungsmerkmalen haben Price u. Curlee-Salisbury (1975) eine empirische Untersuchung durchgeführt. Die Fragestellung bestand darin, unterschiedliche Reaktionen auf verschiedene Teile ein und desselben Behandlungsprogramms zu untersuchen.

Stichprobe:
51 männliche Alkoholiker einer stationären Klinik mit einem 4-wöchigen Therapieprogramm; Durchschnittsalter 44 Jahre; ein Drittel Farbige.
Daten:
Therapie-Reaktions-Bogen, MMPI, Kurzform eines Intelligenztests.

8 Teilaspekte der Behandlung sollten beurteilt werden:
1. Unterricht
2. Gruppentherapie
3. die 12 Stufen der Anonymen Alkoholiker
4. Familienabende
5. Einzelberatung
6. Familienberatung
7. Freizeitbeschäftigung
8. Krankenhausaufenthalt

Die Beurteilung dieser 8 Behandlungsteile sollte nach folgenden Gesichtspunkten durchgeführt werden:
1. Persönliche Wichtigkeit "es war wichtig für mich"
2. Angenehm-unangenehm
3. Vitalität: "Ich fühlte mich lebhaft und aktiv"
4. Einsamkeit
5. Angst
6. therapeutischer Nutzen "es half mir wieder in Ordnung zu kommen"
7. Implikation "die Leute waren freundlich zu mir"
8. Aktive Teilnahme "ich sprach frei und offen"

Ergebnisse:

Gruppentherapie und Unterricht wurden als am wichtigsten beurteilt; Freizeitbeschäftigung und Familienberatung war dagegen am wenigsten wichtig.

Zur Analyse von Subgruppen von Patienten wurden die Rangreihe (Beurteilungsdimension: therapeutischer Nutzen) der Teilaspekte des Behandlungsprogramms aller 51 Patienten interkorreliert (51x51 Matrix). Eine Cluster-Analyse ergab dann 3 Cluster, die 41 Patienten umfaßte.

Cluster A (12 Patienten): Tendenziell soziopathische, emotional unstabile Persönlichkeiten. Einzelberatung und Aufenthalt im Krankenhaus wurden hoch bewertet.

Cluster B (9 Patienten): Mehr depressiv, neurotische, passiv-aggressive Persönlichkeiten. Aufenthalt im Krankenhaus wurde ebenfalls hoch bewertet, nicht dagegen die Einzelberatung.

Cluster C (20 Patienten): Manifest hypochondrische Persönlichkeiten. Für diese Teilgruppe war der Aufenthalt im Krankenhaus weniger wichtig.

2.8.4 Folgerungen:

1. Die am häufigsten genannten und auch empirisch relativ gut bestätigten allgemeinen Prognose- bzw. Indikations-

kriterien sind Psychopathie bzw. Sozipathie als ungünstige Faktoren für einen Behandlungserfolg. Einschränkend ist jedoch dabei zu berücksichtigen, daß das antisoziale bzw. psychopathische Verhalten unabhängig von der Alkoholintoxikation aufgetreten sein sollte, um für eine Prognose Verwendung finden zu können.

2. Ein relativ günstiger Prognosefaktor ist eine gute soziale Stabilität.
3. Der Faktor Therapiemotivation bzw. Abstinenzmotivation erscheint ein komplexer Bereich zu sein, der zwar häufig erwähnt, empirisch aber nicht sehr gut belegt zu sein scheint.
4. Interessant bleiben die Fragestellungen von Mindlin bezüglich der ungünstigen Prognose bei psychiatrischen Syndromen, die Ich-Schwäche und Kontrollfähigkeit beinhalten, insbesondere für ambulante Therapien, für die eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur prognostisch günstig sein soll.
5. Alkoholspezifische Merkmale werden in der Literatur als Prognosefaktoren und Indikationsfaktoren kaum erwähnt oder empirisch bestätigt. So bleibt unklar, ob Alkoholiker mit Kontrollverlust eine günstigere oder schlechtere Prognose haben. Auch die Bedeutung von Einstellungen zur Veränderbarkeit des Alkoholkonsums bleiben unklar.
   Damit ergeben sich für die Entwicklung eines relativ alkoholspezifischen Fragebogens keine neuen Aspekte.

3. Empirischer Teil

3.1 Konzept und Aufbau des Fragebogens

3.1.1 Zusammenfassung der Folgerung aus den einzelnen Literaturabschnitten für die Auswahl der Fragebogendimensionen

Bei den verschiedenen Definitionsversuchen sowie bei der praktischen Diagnosestellung haben sich einmal alkoholspezifische Verhaltensweisen wie der Kontrollverlust oder heimliches Trinken und zum anderen alkoholbedingte Schäden als zentrale Gesichtspunkte herausgestellt. Bei den alkoholbedingten Schäden sollte zwischen einzelnen Beschwerden und Funktionsstörungen und einzelnen Krankheitsbildern wie z.B. einer Polyneuropathie oder einem Alkoholdelir unterschieden werden.
Neben den für Alkoholabhängigkeit charakteristischen Trinkverhaltensweisen sollte der Bereich der Kontrollfähigkeit des Trinkens in einer eigenen Skala erfaßt werden.
Aus dem Abschnitt über Alkoholtypologien und der Alkoholikerpersönlichkeit ergeben sich m.E. keine neuen Beurteilungsaspekte. Der Psychopathiefaktor z.B. ist eine allgemeine Persönlichkeitseigenschaft, die nicht in einem alkoholspezifischen Fragebogen erfaßt werden kann. Zudem erscheint die prognostische Bedeutung allgemeiner Persönlichkeitsdimensionen mehr in einer beschreibenden Funktion zu bestehen und nur wenig zur Vorhersage des Trinkverhaltens beitragen zu können.
Der Abschnitt über die somatische Alkoholwirkung stellt die Grundlage für die Items zweier vorher schon erwähnter Skalen, nämlich einer Skala für alkoholbedingte Erkrankungen und einer Skala für psychovegetative Beschwerden und Funktionsstörungen dar.
Die Ergebnisse um die Diskussion der psychischen Alkoholwirkung und ihrer Bedingungen weisen vor allem darauf hin, daß Einstellungen zum Alkoholkonsum wie Trinkmotivation, Selbstbild unter Alkohol als Teilaspekt der Trinkmotivation

und Trinknormen als bedeutsame Einflußfaktoren auf den Alkoholkonsum angesehen werden können.
Die Übersicht über empirisch gewonnene Fragebogendimensionen ergibt keine zusätzlichen Aspekte für die Auswahl von zusätzlichen Skalen. Aussagen über die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit sind wiederum sehr spezifisch und schwer mittels retrospektiver Daten zu erfassen. Die Entwicklung von Abhängigkeits- und Autonomietendenzen z.B. erfordert allgemeine, relativ alkoholunspezifische Dimensionen und Skalen und sollte deshalb hier nicht erfaßt werden. Ein zusätzlicher Aspekt erscheint die Unterstützung des Trinkens durch die soziale Umgebung im Sinne einer sozialen Resonanz auf das Alkoholtrinken zu sein.
Der letzte Abschnitt über Prognose und Indikation weist wiederum auf relativ unspezifische Faktoren wie Therapiemotivation, Psychopathie u.a. hin. Aus den geringen Aussagemöglichkeiten bisheriger empirischer Untersuchungen über die Vorhersage von Veränderungen ergibt sich jedoch der Ansatz, den Aspekt der Veränderbarkeit des Trinkverhaltens stärker in den Mittelpunkt zu stellen. So erscheint es sinnvoll nach der Veränderungsbereitschaft hinsichtlich des Alkoholkonsums zu fragen, welche sich von der Alkoholabstinenz bis hin zur Steigerung des Alkoholkonsums erstrecken kann.

3.1.2 Das Einstellungskonzept

Bei einigen Fragebogendimensionen wie der Trinkmotivation, der Veränderungsbereitschaft des Trinkens, der Kontrollfähigkeit des Trinkens u.a. kann von Einstellungsaspekten gegenüber dem eigenen Alkoholkonsum gesprochen werden. Der Begriff Einstellung ist im Vergleich zum Begriff Persönlichkeitseigenschaft gerade dadurch charakterisiert, daß in die Beschreibung des Verhaltens oder der Verhaltensbereitschaft einer Person ein Objekt, das Einstellungsobjekt, eingeführt wird, auf welches hin oder um welches das Verhalten oder die Verhaltensbereitschaft organisiert ist. Das häufig gehörte

Feststellung, daß das konkrete Verhalten in hohem Maße durch die Situation bestimmt ist, wird bei dem Konzept Einstellung durch Einbeziehung wichtiger Teilaspekte der Situation, nämlich dem Einstellungsobjekt, besser Rechnung getragen.

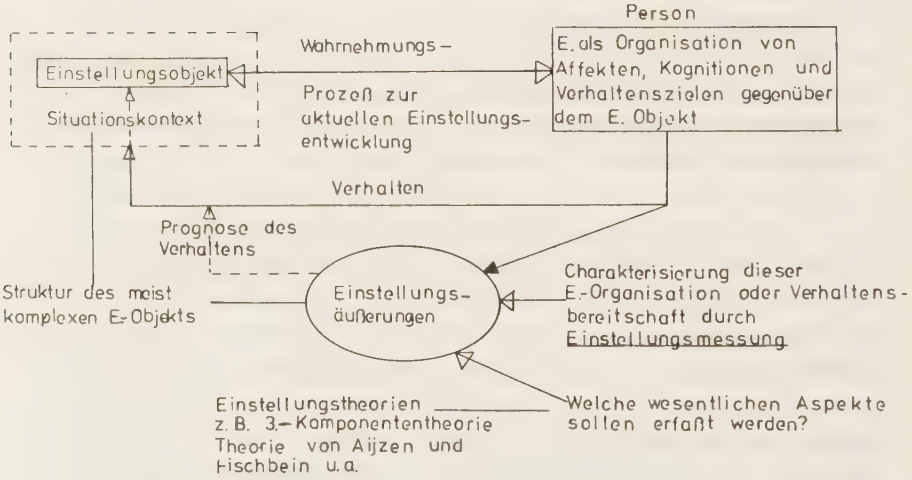
3.1.2.1 Theoretischer Exkurs zum Einstellungskonzept

3.1.2.1.1 Definition und Theorien zum Einstellungskonzept

Das Einstellungskonzept erfreut sich wegen der umfassenden Anwendbarkeit für die Erfassung der verschiedensten Objekte großer Beliebtheit in der Psychologie und vor allem in der Sozialpsychologie. Dem entsprechend gibt es dazu eine umfangreiche Literatur (vgl. Roth 1967, Mann 1972, Triandis 1975, Six 1980 u.a.). Auf die zahlreichen Definitionsversuche des Einstellungsbegriffs sei hier nicht näher eingegangen. Zur Illustration sei lediglich eine Definition von Allport (1935, zit. in Triandis 1975, S. 4) angeführt: "Eine Einstellung ist ein mentaler und neuraler Bereitschaftszustand, der durch die Erfahrung strukturiert ist und einen steuernden oder dynamischen Einfluß auf die Reaktionen eines Individuums gegenüber allen Objekten und Situationen hat, mit denen dieses Individuum eine Beziehung eingeht". Wichtig erscheint die Abgrenzung des Einstellungsbegriffs von anderen Begriffen wie Persönlichkeitseigenschaften, Trieb, Motiv, Meinungen u.a.. Der globale Begriff Einstellung läßt sich am besten, wie schon angedeutet, von Persönlichkeitseigenschaften abgrenzen durch die Ausrichtung auf ein bestimmtes Objekt, von dem bei Persönlichkeitseigenschaften wie Triebe, Motive und anderem weitgehend abstrahiert wird. Meinungen beziehen sich zwar auch auf einen bestimmten Objektbereich, enthalten aber im wesentlichen nur eine kognitive Komponente, während das Konzept Einstellung häufig noch eine affektive und eine konative Komponente mit einschließt. In dem nachfolgendem Schema seien die grundlegenden Frage-

stellungen und Probleme des Einstellungskonzepts zusammenfassend dargestellt:

Abb.8: SCHEMA zum EINSTELLUNGSKONZEPT



Ein erstes Problem ergibt sich daraus, daß theoretisch jeder beliebige konkrete oder gedachte Gegenstand zum Einstellungsobjekt gemacht werden kann. Dabei ist sicher nicht jedes Einstellungsobjekt gleichrangig, und zu vielen Einstellungsobjekten wird bei einer großen Zahl von Personen gar keine Einstellung vorhanden sein. Einstellungen können mehr oder weniger konkret bzw. abstrakt sein, z.B. Einstellungen gegenüber Frauen schlechthin, Einstellungen gegenüber alten oder jungen Frauen bis hin zur Einstellung gegenüber einer kon-

kreten Partnerin. Welche Abstraktionsstufe relevant erscheint, kann einmal von der jeweiligen Fragestellung abhängig gemacht werden, sollte zum anderen aber auch in Beziehung zur Persönlichkeitsorganisation der Person stehen. Z.B. erscheint die generelle Einstellung Frauen gegenüber zu abstrakt, um daraus Aussagen über Verhaltensweisen gegenüber Frauen ableiten zu können. Man wird vermutlich davon ausgehen können, daß in der männlichen Persönlichkeitsstruktur vor allem Einstellungen gegenüber einer tatsächlichen oder potentiellen Partnerin vorhanden sind sowie auch ein Einstellungsbereich zur Mutterrolle. Das bedeutet, einem Einstellungsobjekt sollte immer auch eine bestimmte Funktion in der Persönlichkeitsorganisation der untersuchten Person zugeordnet werden können. Nur dadurch wird die Bedeutung des Einstellungsobjekts sichtbar gemacht werden können. Einstellungsäußerungen z.B. über politische Parteien können dazu benutzt werden, die Struktur der verschiedenen Parteien zueinander besser zu verstehen, indem z.B. die Einstellungsfragen als Dimensionen in einem multidimensionalen Raum dargestellt werden können und die einzelnen Parteien als Punkte in diesem Raum aufgefaßt werden. Das Ziel einer Einstellungsmessung kann also einmal hauptsächlich in der Erfassung dieser Struktur der einzelnen Einstellungsobjekte liegen, zum anderen kann das Ziel der Einstellungsmessung schwerpunktmäßig mehr bei der Charakterisierung des Individuums liegen. Die Frage lautet dabei, durch welche Aspekte oder Parameter läßt sich die latente Verhaltensbereitschaft gegenüber dem Einstellungsobjekt am besten charakterisieren, vor allem hinsichtlich der Prognose von Verhalten gegenüber dem Einstellungsobjekt. Damit wird auch gleichzeitig die zentrale Grundfrage nach dem Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten tangiert, die häufig als unbefriedigend angesehen worden ist. (vgl. z.B. Thomas 1971 u.a.).

Eine Antwort auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten ergibt sich einmal aus der in der Literatur häufig erwähnten 3-Komponententheorie von Einstellungen als einem multidimensionalen Ansatz (vgl. Mann 1972, Triandis 1975), bei der, wie schon erwähnt, zwischen einer kognitiven, einer affektiven und einer konativen Komponente unterschieden wird. Die kognitive Komponente besteht aus den Meinungen, Ansichten und Vorstellungen über das betreffende Einstellungsobjekt. Die affektive Komponente enthält die Fülle des Für oder Gegen, des Günstig oder Ungünstig hinsichtlich des Einstellungsobjekts. Dieser wertende Aspekt hat für die Erfassung von Einstellungen eine große Bedeutung. Einstellungsdimensionen enthalten deshalb immer einen positiven oder negativen Pol gegenüber dem Einstellungsobjekt. Die konative Komponente bezieht sich verstärkt auf Verhaltenstendenzen im Sinne von etwas dafür oder dagegen tun z.B. politische Parteien finanziell unterstützen.

Neben Meßproblemen ist m.E. das Hauptproblem dieses Theorieansatzes die fragwürdige Relevanz dieser Komponenten für die Vorhersage des Verhaltens. Wie diese Komponenten als Verhaltensdeterminanten in kausaler Weise zusammenwirken und das Verhalten bestimmen, ist weitgehend ungeklärt. Dazu wäre ein weiterer Theorieansatz erforderlich.

Für die 3-Komponententheorie sind in der Sozialpsychologie vor allem Gleichgewichtstheorien mit ihren verschiedenen Formulierungen z.B. der Dissonanztheorie von Festinger oder die Balancetheorie von Heider u.a. von Bedeutung. Der Kern dieser verschiedenen Theorieansätze besteht darin, daß zwischen zwei oder mehreren Komponenten z.B. zwischen Meinungen oder zwischen affektiven und kognitiven Vorstellungen oder Erfahrungen gegenüber dem Einstellungsobjekt Übereinstimmung d.h. Kongruenz oder Konsonanz herrschen sollte. Bei Vorliegen einer entsprechenden Dissonanz wird das

Individuum sich so verhalten, daß durch Änderung der affektiven oder der kognitiven Komponente ein stärkeres Gleichgewicht gebildet wird. (Vgl. Seckord u. Backman 1964 , Irle 1975).
Ein anderer lerntheoretisch orientierter Theorieansatz von Doob (1947 in Thomas 1971) versucht z.B. das Konzept Einstellung in Bezug auf das Verhalten durch folgende Aspekte zu erfassen:

1. Zielreaktion: Welches Reaktionsmuster wird durch die Einstellung antizipiert?
2. Wahrnehmung des Einstellungsobjekts: Mit welchem Antrieb und welcher Aufmerksamkeit sieht das Individuum das Einstellungsobjekt?
3. Afferente Habit Stärke: Wie stark ist die Verbindung zwischen dem Stimulusmuster, das die Einstellung hervorruft und der Einstellung selbst?
4. Efferente Habit Stärke: Wie stark ist die Koppelung zwischen der Einstellung und den hervorgerufenen Verhaltensweisen?
5. Triebstärke: Wie stark ist die Stimulussituation, die durch die Einstellung hervorgerufen wird?
6. Interaktion: Mit welchen anderen Einstellungen steht die zu erfassende Einstellung im Zusammenhang?
7. Soziale Bedeutung: Wie wird die Einstellung in der Gesellschaft beurteilt (positiv-negativ)?

Eine wichtige Rolle in der Literatur spielt die Einstellungstheorie von Fishbein bezüglich der Vorhersage des Verhaltens. Diese Theorie wurde bereits in Abschnitt 2.5.4 ausführlich dargestellt, sei aber hier noch einmal kurz zusammengefaßt (vgl. auch Fishbein 1967 in Thomas 1971, Six 1980 u.a.):

1. Nicht einzelne Verhaltensweisen sollen prognostiziert werden, sondern es wird davon ausgegangen, daß zu einer bestimmten Einstellung eine Reihe mit der Einstellung übereinstimmende Verhaltensweisen verbunden sind. Außerdem soll häufig nur die Verhaltensabsicht bestimmt werden, um auf diese Weise eine bessere Übereinstimmung mit der

Einstellung zu erreichen. Das tatsächliche Verhalten ist häufig noch von stark situationsabhängigen Faktoren bestimmt, welche die Stärke der Beziehung zwischen Einstellungen und Verhalten negativ beeinträchtigen.

2. Die zu erfassende Einstellung sollte möglichst auf das zu prognostizierende Verhalten unmittelbar bezogen sein. Dabei wird unterschieden zwischen den Überzeugungen und Meinungen bezüglich des Verhaltens sowie in der Bewertung dieser Meinungen.
3. Neben der Einstellung gegenüber dem Verhalten werden normative Überzeugungen sowohl die persönlichen als auch die von sozialen Bezugspersonen erfaßt sowie die Motivation, mit diesen Normen übereinzustimmen.

Kritisch in dieser Theorie erscheint vor allem Punkt 2, in dem die Art der Einstellung vor allem in ihrer psychodynamischen Bedeutung wenig differenziert wird. Bei der Erfassung von Meinungen und Überzeugungen sollte zumindest der Aspekt der Erwartung bezüglich der Konsequenzen des beabsichtigten Verhaltens herausgestellt werden sowie der Antrieb bzw. das Bedürfnis nach den Konsequenzen des Verhaltens bzw. nach dem Einstellungsobjekt.

Bei der Diskussion der Ergebnisse sollte versucht werden, sich zu fragen, inwieweit die ausgewählten Dimensionen mit dem Modell von Fishbein in Übereinstimmung stehen. Bei der Auswahl der Fragebogendimensionen kam den verschiedenen Einstellungstheorien jedoch keine Bedeutung zu.

3.1.2.1.2 Einstellungsmessung

Die theoretischen Grundlagen der Einstellungsmessung, vor allem die klassischen Ansätze, sind relativ gut entwickelt. Die klassischen Ansätze der Einstellungsmessung sind hauptsächlich mit dem Namen Likert, Thurstone und Guttman verbunden. Zur Systematik sei hier eine Einteilung von Torgerson (1958, zit. in Stosberg 1980) benutzt. Die zugrundeliegende Überlegung dieser Einteilung besteht darin, ob den Einstellungs-

trägern oder den Einstellungsobjekten bestimmte Werte auf einer Skala zugeordnet werden können. Messen wird dabei definiert durch eine Zuordnung von Zahlen zu Objekten, so daß die Relationen der Zahlen die Relation von Eigenschaften des Objekts in einer homomorphen d.h. eindeutigen Weise abbilden.

1. Person-orientierte Messung:
   Diese ist dadurch charakterisiert, daß jedem Probanden, nicht aber den Items selbst bestimmte Werte auf der Skala zugeordnet werden. Sog. Likert-Skalen gehören zu diesem Meßtyp.
   Die Items werden einfach zu einem Gesamtwert aufaddiert, wobei nicht berücksichtigt wird, aus welchen Items sich der Summenwert zusammensetzt. Die psychometrische Überprüfung der Items erfordert eine Homogenitätsüberprüfung (mittels Trennschärfe-Index als Korrelation des Einzelitems mit dem Summenwert). Zur Validitätsüberprüfung können die korrelativen Zusammenhänge der Items mit den Extremgruppen auf der Einstellungsskala verwendet werden.
2. Indikator-orientierte Messung:
   Dieser Meßtyp liegt vor, wenn zunächst den einzelnen Items Punktwerte zugeordnet werden, nicht dagegen den Probanden. Zum Verständnis dieses Skalentyps muß zwischen der Phase der Konstruktion der Einstellungsskala und der Phase der späteren Messung an Probanden unterschieden werden. Bei der Konstruktion der Skala haben die Versuchspersonen die Aufgabe, eine Beurteilung der Items unabhängig von ihrer persönlichen Einstellung durchzuführen. Dazu werden vor allem die verschiedenen Beurteilungstechniken von Thurstone, z.B. die Technik des Paarvergleichs verwendet (Jeweils Paare von Items werden hinsichtlich eines Beurteilungsaspektes, z.B. der Stärke der ausgelösten Ängstlichkeit, untersucht, so daß durch die verschiedenen Vergleiche jedem Item ein be-

stimmter Wert auf der Skala zugeordnet werden kann. Der Modalwert der Beurteilungen des Items durch die einzelnen Versuchspersonen stellt dann den Wert dieses Items auf der Einstellungsskala dar. Die Messung der Einstellung eines Probanden erfolgt dann dadurch, daß der Proband jene Items auswählt, mit denen er am besten übereinstimmt. Der Mittelwert der Skalenwerte der Items stellt dann den Einstellungswert des Probanden dar (für technische Einzelheiten der Skalenkonstruktion siehe Triandis 1975, Torgerson 1958, Nunnally 1967, Guilford 1954 u.a.).

3. Reaktions-orientierte Messung:
Hier wird versucht, sowohl den Items als auch den Probanden bestimmte Werte auf den Skalen zuzuordnen. Die Skalogramm-Analyse von Guttman ist ein typisches Beispiel für eine solche reaktions-orientierte Messung, allerdings im Rahmen eines deterministischen Ansatzes. Bei der Skalogramm-Analyse hat jedes Item einen bestimmten Ort auf der Skala und zwar derart, daß die positive Beantwortung eines Items auf der Skala die positive Beantwortung aller Items mit einem kleineren Skalenwert voraussetzt. Für die Messung der Einstellung gilt dann, daß die erste positive Beantwortung eines Items aus der absteigenden Hierarchie der Items mit den höchsten Skalenwerten ausreicht für die Bestimmung des individuellen Skalenwertes des Probanden, da bei einer Guttman-Skala angenommen wird, daß alle "leichteren" Items nach diesem "schwersten" positiv beantworteten Item ebenfalls positiv beantwortet werden.

3.1.2.3 Anwendung des Einstellungskonzepts auf die vorliegende Aufgabenstellung

Das Einstellungskonzept erscheint auf eine Reihe von Skalendimensionen wie der Trinkmotivation, der Kontrolle des Trinkens, dem Selbstbild unter Alkohol u.a. anwendbar zu sein. Das

Einstellungsobjekt ist global betrachtet der Alkoholkonsum, vor allem aber der Alkoholmißbrauch. Die Einstellung gegenüber dem Alkoholkonsum wurde von vornherein nicht als eindimensional angesehen, sondern sollte mehrere Aspekte oder Dimensionen umfassen.
Bei der Auswahl spezifischer Einstellungsdimensionen hätten einzelne Modellvorstellungen etwa das Modell von Fishbein eine Leitlinie abgeben können. Solche Einstellungstheorien wurden jedoch zu Beginn der Untersuchung für das Auffinden entsprechender Alkoholismusdimensionen nicht verwendet.
Die Auswahl der Einstellungsskalen erfolgte, wie bereits dargestellt, nach Hypothesen und Ergebnissen in der Alkoholismusliteratur und auch nach theoretischen Überlegungen wie sie im nächsten Abschnitt noch dargestellt werden.
Das Einstellungskonzept wurde damals zu Beginn der Fragebogenentwicklung vor allem unter dem Gesichtspunkt der bipolaren Ausprägung der verschiedenen Einstellungsskalen zum Alkoholtrinken gesehen. So kann z.B. die Alkoholwirkung unter einem bipolaren Aspekt betrachtet werden, wenn für eine Teilgruppe Alkohol anregend wirkt, für eine andere Teilgruppe Alkohol dagegen dämpfend und beruhigend; oder wenn die einen sich unter Alkohol positiv erleben, die anderen dagegen negativ usw. Diese bipolare Wirkung des Alkohols wurde bei der Alkoholikergruppe angenommen, so daß diese als nicht einheitlich und homogen hinsichtlich der verschiedensten Einstellungen zum Alkoholmißbrauch angesehen werden kann. Außerdem wurde angenommen, daß die Normaltrinker am ehesten in der Mitte zwischen den extremen Einstellungspolen eingeordnet werden können. Wichtig erschien noch die Überlegung der Einstellungsänderung im Laufe der Zeit, wenn ein Alkoholiker zu der Erkenntnis kommt, daß er seinen Alkoholkonsum nicht steuern kann und abstinent bleiben muß. Dies erforderte eine extreme Einstellung im Vergleich zum Normaltrinker und sollte sich

auch auf den Einstellungsskalen niederschlagen können. Eine wichtige Entscheidung betraf die Wahl der Art der Einstellungsskalen. Die Konstruktion von Thurstone-Skalen hätte eine eigene Beurteiler-Stichprobe erforderlich gemacht. Es wären also zwei Stichproben erforderlich gewesen, die eine als Beurteiler-Stichprobe für die Konstruktion der Einstellungsskalen und eine weitere Stichprobe für die eigentliche Messung der Einstellungen. Die Anwendung der Guttman-Skala erschien wenig realistisch mit ihrer Forderung, Items jeweils einem bestimmten Ort auf der Skala zuordnen zu können. Wir sind davon ausgegangen, daß es im wesentlichen um eine Charakterisierung der Probanden geht und weniger um eine Ordnung der Items auf einer Skala d.h. also um eine person-orientierte Messung, die hinsichtlich der Items und ihrer Ordnung auf einer Skala keine weiteren Anforderungen stellt. Diese Forderungen und Vorstellungen werden am besten bei einer Likert-Skala erfüllt.

3.1.3 Beschreibung der Beurteilungsdimensionen

Die ausgewählten Beurteilungsdimensionen können nun folgendermaßen charakterisiert werden:

Skala 1: Organische Störung (ORG)

Diese Fremdbeurteilungsskala soll organische Störungen erfassen, die relativ häufig als alkoholbedingt angesehen werden und die in der Medizin nosologische Krankheits- bzw. Zustandsbilder darstellen, wie z.B. Lebererkrankungen, Polyneuropathie, Delirium tremens u.a. Daher wurde diese Skala nach Angaben des zuständigen Arztes oder nach den Krankenunterlagen ausgefüllt.

Skala 2: Beschwerden und Funktionsstörungen (BES)

Im Gegensatz zu Skala 1 werden hier psychovegetative Beschwerden und Funktionsstörungen, wie z.B. starkes Zittern, als Fragen der Selbstbeurteilung erfaßt. Wie die Untersuchungen zum Münchner Alkoholismustest (Feuerlein et al

1979) gezeigt haben, ist die Erfassung von organischen Störungen und psychovegetativen Beschwerden, die eng mit einem Alkoholmißbrauch zusammenhängen, von großer Bedeutung für die Diagnosestellung Alkoholismus.

Skala 3: Symptomatisches Trinkverhalten (SYMPTR)

Es gibt eine Reihe von Indikatoren für Trinkverhalten, die auf eine Alkoholabhängigkeit hinweisen, wie z.B. heimliches Trinken, Trinken in großen Schlucken, häufiges Denken an Alkohol und ähnliches mehr. Im Gegensatz zu den nachfolgenden Skalen geht es hier nicht um Einstellungen oder Meinungen, sondern um konkrete Verhaltensweisen.

Skala 4: Personorientierte Trinkmotivation (PMOT)

Hier geht es um die Erfassung des Wirkungs- und des Fluchttrinkens, wobei möglichst aktualisierte Trinkmotive erfaßt werden sollten.

Skala 5: Einstellung zur Veränderung des Trinkverhaltens (ETRI)

In dieser Skala soll die Einstellung zum Trinken unter dem Gesichtspunkt der Bedeutung des Alkohols für den Probanden erfaßt werden. Wie leicht fällt es einem Probanden, sein Trinken zu reduzieren, wenn es die Situation erfordert, oder wie stark hält er am Alkoholtrinken als Bestandteil seines Lebens fest. Die Abklärung dieser Fragen dient auch der Einschätzung der Therapiemotivation. Die Skala reicht in idealer Weise von dem einen Pol einer aktuellen Veränderungsbereitschaft über eine positive lockere Einstellung gegenüber möglichen Veränderungen des Trinkens bis hin zu einer rigiden Einstellung und starken Abwehrhaltung gegenüber jeder Änderung des eigenen Alkoholkonsums.

Skala 6: Kontrollfähigkeit des Trinkens (KONTR)

Voraussetzung für einen Alkoholiker, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist seine Einsicht, daß er sein Trinken allein nicht mehr steuern und kontrollieren kann. Mit dieser Skala soll die eigene subjektiv beurteilte

Kontrollfähigkeit erfaßt werden.

Skala 7: Selbstbild unter Alkohol (SEBI)

Untersuchungen von McClelland (1972) und vor allem von Wilsnack (1976) waren der Anlaß, das Problem der Trinkmotivation unter dem Gesichtspunkt des veränderten Selbstbildes, d.h. z.B. unter dem Gesichtspunkt von Stärke, Macht und vor allem unter dem Aspekt der Männlichkeit und Weiblichkeit zu betrachten.

Eine weitere Begründung für diese Skala ergab sich aus den Ergebnissen vor allem der Psychotherapieforschung in der Gesprächspsychotherapie, welche die Bedeutung der Veränderungen im Selbstbild, vor allem die Diskrepanz zwischen Selbst- und Idealbild aufgezeigt haben. Es ist daher zu vermuten, daß das Selbstbild auch bei Alkoholikern eine wichtige Rolle spielt.

Skala 8: Soziale Resonanz bezüglich Trinken (SOZRES)

Damit sind erhebliche Probleme und Konflikte mit sozialen Bezugspersonen gemeint sowie andere soziale Schwierigkeiten, wie Verlust des Arbeitsplatzes, Führerscheinverlust und Straftaten. Uns kommt es also mit dieser Skala vor allem darauf an, die Reaktion der sozialen Umgebung auf das Alkoholtrinken des Probanden zu erfassen, die sowohl negativ gegen das Trinken des Probanden gerichtet sein kann als auch positiv im Sinne einer Unterstützung wirken kann. Dabei ist nicht das tatsächliche Verhalten der sozialen Umgebung entscheidend, sondern das subjektive Erleben des Probanden.

Skala 9: Einstellung gegenüber der sozialen Umwelt (EUMW)

Hier soll versucht werden, die soziale Einstellung unter dem Gesichtspunkt einer abhängigen Erwartungshaltung gegenüber der sozialen Umwelt zu erfassen. Eine ausgeprägt offene Erwartungshaltung steht dabei einer ablehnenden, sich zurückziehenden Einstellung gegenüber. In den Items wird nicht auf Alkohol Bezug genommen, und insofern nimmt diese

Skala eine Sonderstellung ein. Eine positive soziale Einstellung ist charakterisiert durch starke Bedürfnisse nach Kontakt und dem Gefühl, andere unbedingt zu brauchen. Der negative Pol ist charakterisiert durch Vorwürfe, daß den Probanden niemand verstehen kann, er andere nicht braucht, daß er sich gegen andere erst einmal durchsetzen muß und nichts Positives von ihnen zu erwarten hat.

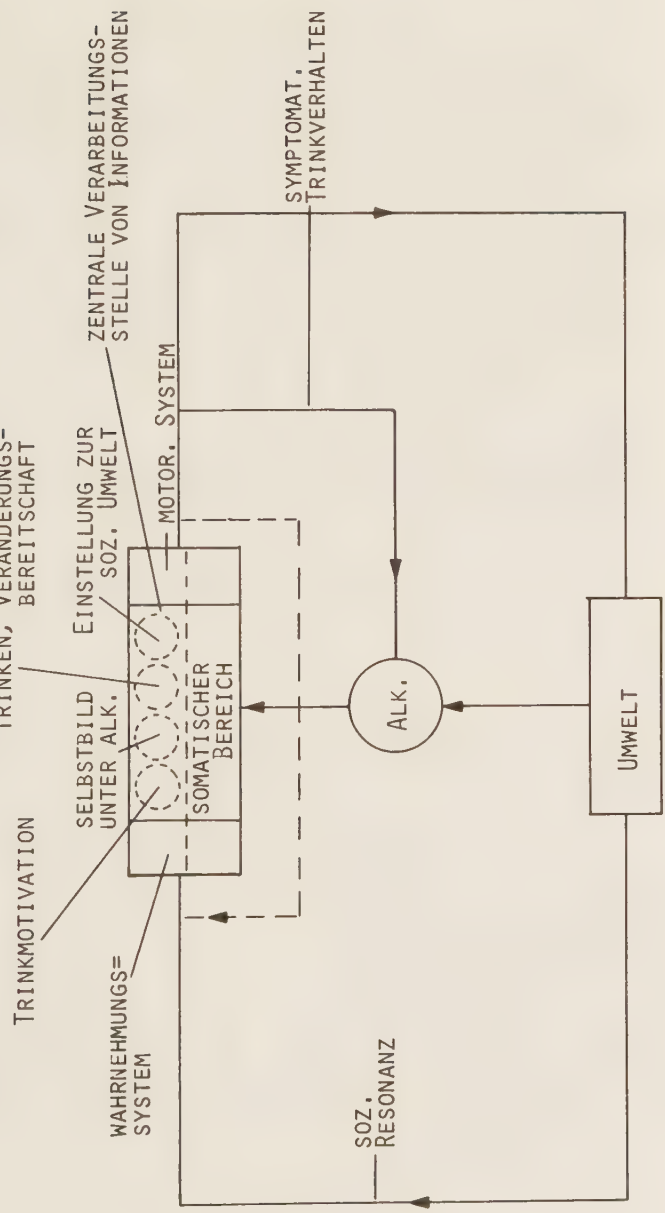
3.1.4 Einordnung in ein Strukturmodell

Schließlich ist versucht worden, die verschiedenen Skalen in ein Grundmodell des Alkoholtrinkens einzuordnen. Dabei gehen wir von dem bekannten Dreiecksmodell der Alkoholabhängigkeit aus und stellen die Beziehung in einer kybernetischen Blockdarstellung dar.

Abb. 9: Einordnung der Skalen in ein Strukturmodell (s. nächste Seite)

Die Struktur des Modells ist durch die drei Komponenten Person, Alkohol bzw. Droge und der sozialen Umwelt charakterisiert. Diese Komponenten stehen in Interaktion miteinander. Das System Person ist hier weiter grob schematisch aufgeteilt, um einzelne Skalen besser einordnen zu können. Wir unterscheiden dazu den somatischen Bereich sowie links und rechts das Wahrnehmungs- und das motorische System. In dem zentralen Verarbeitungssystem für Informationen sind die verschiedenen zu erfassenden Einstellungen mit gestrichelten Kreisen gekennzeichnet. Zum somatischen Teilsystem gehören die hier nicht eingezeichneten Skalen der organischen Störungen und der psychovegetativen Beschwerden und Funktionsstörungen. Rechts wurde die Skala symptomatisches Trinkverhalten und die Skala Einstellung zur Umwelt eingeordnet. Dem linken Verbindungskanal wurde die Skala soziale Resonanz zugeordnet.

Abb. 9 Einordnung der Skalen in ein Strukturmodell

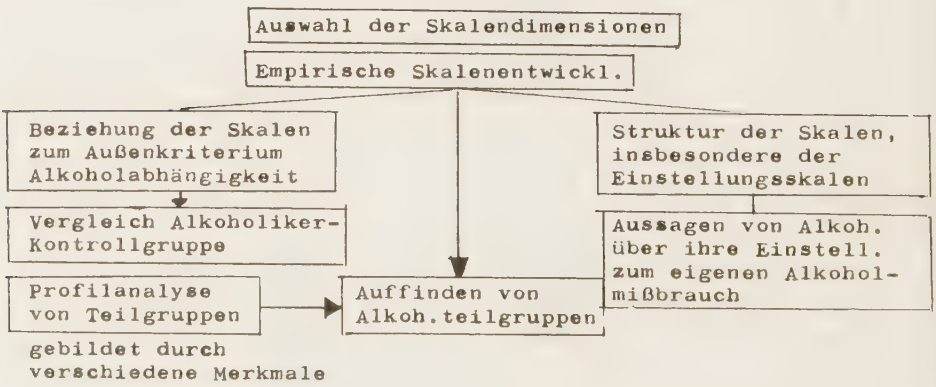


Mit dieser Einordnung in ein Grundmodell des Alkoholismus ist natürlich noch keine Theoriebildung im engeren Sinne verbunden, sondern lediglich ein allgemeiner, sehr breiter Bezugsrahmen vorgegeben. Der Schwerpunkt des Konzepts liegt weniger auf der Erfassung äußerer sozialer Variabler, wie den Umweltbeziehungen oder den alkoholbedingten Schäden, sondern in der Erfassung von Einstellungen, die der Persönlichkeit zugehörig sind und mit dem Trinkverhalten in enger Beziehung stehen. Die Einstellungsskala "Erwartungen gegenüber der sozialen Umwelt", die als einzige Skala keinen Alkoholbezug beinhaltet, wurde einmal deshalb aufgenommen, um damit die Beziehung der Alkoholiker zur sozialen Umwelt in dem Modell charakterisieren zu können, zum anderen aber auch aus inhaltlichen Überlegungen, die sich auf passiv-abhängige Erwartungshaltungen bzw. auf ihr Gegenteil einer aggressiv-ablehnenden Haltung beziehen.

3.1.5 Untersuchungs- und Validierungsansatz

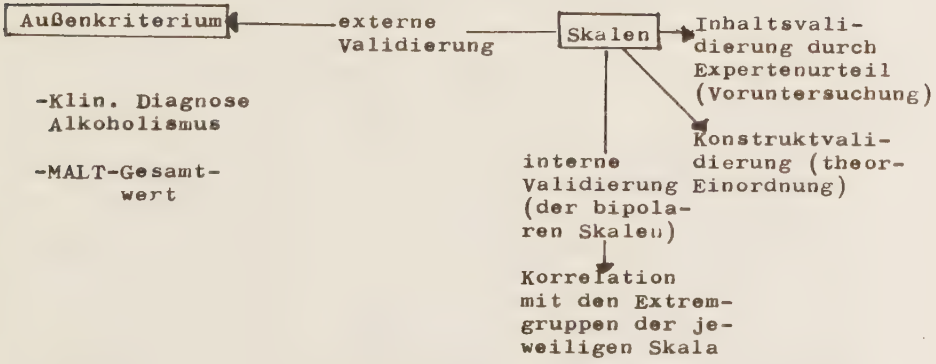
In dem nachfolgenden Schema wird ein Überblick über die wichtigsten Aufgaben- und Fragestellungen der Untersuchung gegeben:

Abb. 10 : Aufgaben- und Fragestellung der Untersuchung



Der Schwerpunkt der Aufgabenstellung liegt bei der Entwicklung der Skalendimensionen und dem Vergleich von Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern. Darüber hinaus sollte die Untersuchung auch inhaltliche Aussagen über Einstellungen von Alkoholikern zu ihrem Alkoholmißbrauch ermöglichen, auch Aussagen über die Struktur, d.h. über die Beziehungen dieser Einstellungen untereinander sowie zu den übrigen Skalen. Eine weitere wichtige Fragestellung betrifft die Heterogenität der Alkoholikergruppe. Hier geht es um die Entdeckung von Alkoholikerteilgruppen einmal durch Profilanalysen von Teilgruppen, die durch verschiedene soziodemographische Merkmale und vor allem mit Hilfe des Fragebogens zur zeitlichen Entwicklung bestimmter Symptome des Alkoholmißbrauchs festgelegt werden. Die verschiedenen Validierungsansätze bei der Entwicklung der Skalen wird in der nächsten Abbildung noch einmal zusammenfassend dargestellt:

Abb. 11: Validierungsansatz



3. 1.6 Zur psychometrischen Skalenentwicklung

3. 1.6.1 Auswahl der Items

In den bereits abgeschlossenen Untersuchungen zur Entwicklung des Münchner Alkoholismustests (MALT) haben wir aus einem größeren Item-Pool ungefähr 150 Items hinsichtlich ihrer Trennfähigkeit von Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern untersucht. In diesem Item-Pool sind zahlreiche Fragebögen, wie z.B. der MAST von Selzer, der ALCADD von Manson oder der WHO-Fragebogen von Jellinek eingegangen, um nur einige zu nennen. Diese Items sind in einer ersten Erprobung, die bei der Erhebung von Daten für den MALT durchgeführt wurde, bereits einer früheren Version der Skalendimensionen probeweise zugeordnet worden*. Gleichzeitig sind eine Reihe von Items zusätzlich als Ergänzung für die einzelnen Skalen entwickelt worden. Diese Vorform der Skalen unterscheiden sich von der hier dargestellten Form vor allem hinsichtlich folgender Punkte:

1. Bei der ersten Version der Skalen fehlte einmal die Skala "Selbstbild unter Alkohol". Der Bereich der Einstellung zum Trinken, der nun durch die Skalen "Einschätzung der eigenen Kontrollfähigkeit" und "Einstellung zur Änderung des eigenen Alkoholkonsums" beschrieben wird, wurde in der Voruntersuchung nur durch eine Skala repräsentiert. Außerdem war die Fremdbeurteilungsskala "Organische Störungen" in dieser ersten Version nicht enthalten.
2. Die Items wurden in dieser ersten Voruntersuchung als Ja-Nein-Fragen formuliert. Nun sind für den größten Teil der Skalen, soweit dies möglich war, bipolare Skalen formuliert worden mit einer 7-stufigen Rating-Skala. Lediglich für die Skalen "Organische Störungen", "Psychovegetative Beschwerden und Funktionsstörungen" sowie für die Skala "Symptomatisches Trinkverhalten" wurde die Ja-Nein-Formulierung beibehalten.

* Eine psychometrische Überprüfung der Skalen wurde nicht durchgeführt, so daß auf eine genaue Darstellung verzichtet wird.

Ja-Nein-Antworten schienen aus folgenden Gründen weniger geeignet für die Entwicklung der Einstellungsskalen:
1. Die Verteilung der Summenwerte sowohl in der Alkoholikerstichprobe als auch in der Nicht-Alkoholiker bzw. Gesamtstichprobe erschien extrem links- bzw. rechtsschief. Für eine mögliche spätere Standardisierung hauptsächlich der Einstellungsskalen erscheint aber eine gleichmäßigere Verteilung, wenn möglich angenähert eine Normalverteilung, wesentlich praktikabler. Es wurde außerdem angenommen, daß verschiedene Untergruppen von Alkoholikern verschiedene extreme Skalenpositionen einnehmen und eine positive Veränderung der Einstellungen am ehesten zu einer mittleren Skalenposition führen wird. Außerdem sollte für eine Normalstichprobe bei verschiedenen Einstellungsskalen auch eine mittlere Skalenposition am wahrscheinlichsten sein.
2. Einstellungen haben üblicherweise einen positiven und einen negativen Pol. Mit Ja-Nein-Fragen ist es nun schwierig, in einer einzigen Skala diese beiden Pole zu erfassen. Die Verneinung eines Items bedeutet bei unseren Fragen häufig nicht automatisch eine entsprechende negative Einstellung. Dies hätte bedeutet, daß für den negativen und für den positiven Pol derselben Einstellungsskala jeweils eine Skala hätte konstruiert werden müssen.
3. Ja-Nein-Antworten stellen eine relativ grobe Skalierung hinsichtlich der jeweiligen Frage dar. Für das Problem der Veränderungsmessung wurde bei Verwendung von mehrstufigen Rating-Skalen eine höhere Sensibilität angenommen.
4. Schließlich wäre bei der Verwendung von Ja-Nein-Fragen eine weit größere Zahl von Items nötig gewesen.

All diese Überlegungen haben zur Entscheidung geführt, bipolare Items mit einer 7-stufigen Rating-Skala zu entwickeln. Dies gilt, wie schon gesagt, nicht für die Skalen "Organische Störungen, Symptomatisches Trinkverhalten und Psychovegetative

Beschwerden und Funktionsstörungen".
Die bipolare Ausprägung der Skalen kann nun folgendermaßen charakterisiert werden:

Skala KONTR: Kontrollfähigkeit des Trinkens

Erfaßt werden soll die subjektive Einschätzung des Pb. bez. der eigenen Kontrollfähigkeit des Alkoholkonsums

positiver Pol:	negativer Pol:
kann jederzeit das Trinken einschränken; kann jederzeit aufhören; Wichtigkeit, Alkoholtrinken kontrollieren zu können	weiß nicht, ob er aufhören kann; kann nicht jederzeit sein Trinken einschränken; Kontrolle des Trinkens unwichtig; weiß nicht, in welchen Situationen er Alk. braucht

Skala PMOT: Personorientierte Trinkmotivation

Ziele des Wirkungs- u. Fluchttrinkens sollen einander polar gegenüberstehen

zur Anregung u. Aktivierung:	zur Beruhigung, Passivierung:
um aggressiver u. durchsetzungsfähiger zu sein; zum Aufputschen; zur besseren Konzentration und mehr Kreativität	zur Kontrolle von Zorn und Wut; zum Abschalten und Vergessen; um das Temperament zu mässigen

Skala SEBI: Selbstbild unter Alkohol

Es sollen hier deskriptive Aussagen über Gefühle und Stimmungen unter Alkoholeinfluß erfaßt werden.

positiv:	negativ:
unter Alkohol gefaßter, vernünftiger, liebevoller, wärmer, rücksichtsvoller, stärker, selbstbewußter	mehr von den eigenen Gefühlen abhängig, kälter, distanzierter, weniger rücksichtsvoll, wertloser

Skala ETRI: Einstellung zur Einschränkung des eigenen Trinkverhaltens

Es soll hier die "verbale" Veränderungsbereitschaft des Trinkens angesprochen werden

positiv: (potentielle bis aktuelle Veränderungsbereitschaft)	negativ: (rigide Haltung, Abwehrhaltung)
Leben ohne Alk. ist genauso; Trinken ist unwichtig; Trinken ist Schuld an Problemen und Konflikten; Probleme können o. Alk. gelöst werden	glaubt nicht, daß sein Trinken schadet; glaubt nicht mehr zu trinken als andere; kann sich ein Leben ohne Alkohol nicht vorstellen; braucht einen Ersatz für Alkohol, bei pos. Änderung seiner Partnerschaft keine Alkoholprobleme

Skala SOZRES: Soziale Resonanz bez. Trinken

positiv:	negativ:
sollte mehr trinken, mit Alkohol beliebter, humorvoller, tüchtiger, kontaktfreudiger	bekommt Vorwürfe, sollte weniger trinken, wirkt unter Alkohol abstoßend, langweilig, aggressiv, aufdringlich, Freunde ziehen sich zurück

Skala EUMW: Soziale Einstellung zur Umwelt

(Erwartungshaltung)

Es geht hier um die Äußerung und Bejahung von Erwartungen gegenüber der sozialen Umwelt oder ihrer Abwehr

positiv:	negativ:
braucht die anderen, ist offen und vertrauensvoll; glaubt, daß er verstanden wird; ist lieber unter anderen Leuten	braucht die anderen nicht; kein Verlaß auf sie; keiner kann ihn verstehen, mißtrauisch und verschlossen

3.1.6.2 Zur Item-Analyse

Entsprechend dem einfachen Summationsprinzip der Likert-Skala sind zwei Kriterien für die psychometrische Item-Auswahl entscheidend:

1. Der Trennschärfe-Koeffizient, d.h. also die Korrelation des Items mit dem Summenwert und
2. die Trennfähigkeit des Items im Sinne eines Validitätskriteriums einmal zwischen Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern und zum anderen zwischen Probanden mit eindeutig positiver und eindeutig negativer Einstellung.

Beide Gesichtspunkte sind in der Gulliksen-Technik (vgl. Lienert 1969) voll berücksichtigt, so daß diese später noch darzustellende Technik als die Methode der Wahl angesehen werden kann.

Probabilistische Ansätze zur Item-Analyse (vgl. Triandis 1975, Fischer 1974) wie z.B. das Rasch-Modell wurden nicht verwendet. Dies hatte einmal praktische Gründe, zum anderen waren aber auch Überlegungen über die Bedeutung solcher meßtheoretischen Ansätze ausschlaggebend. Wir sind davon ausgegangen, daß für praktische Fragestellungen in der klinischen Psychologie und Psychiatrie vor allem die richtige Auswahl der Dimensionen maßgebend ist und erst in zweiter Linie die Adäquatheit bzw. Genauigkeit des Meßmodells.

Für die diagnostische Unterscheidung von Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern mittels einzelner Skalen als "Screening"-Instrument gibt es zwei Gütekriterien der Einzelitems oder einer Skala mit einem entsprechenden Trennpunkt, nämlich die Begriffe Sensibilität und Spezifität eines Items bzw. einer Skala. Die Definition dieser beiden Begriffe geht am besten aus dem nachfolgendem Schema hervor.

Abb.12:Schema zu den Begriffen Sensibilität und Spezifität (nach v. Zerssen 1976)

Diagnoseentscheidung durch das Item bzw. Skala	Klinische Diagnose Ja	Nein	Summe
Ja	a	b	a+b
Nein	c	d	c+d
Summe	a+c	b+d	a+b+c+d

Die Sensibilität ist definiert durch den Prozentsatz von Ja-Antworten eines Items bzw. der Gruppe mit der klinischen Diagnose, also in unserem Fall der Prozentsatz von Alkoholabhängigen mit dem jeweiligen Merkmal oder Symptom. Je häufiger ein Symptom bei den Alkoholabhängigen auftritt, desto sensibler ist das Symptom.
Mathematisch ausgedrückt:

$$\text{Sensibilität} = \frac{a}{a+c} \quad 100$$

Die Spezifität ergibt sich aus der Überlegung heraus, daß ein Symptom möglichst nur bei der zu erfassenden Störung, nicht aber auch bei anderen Krankheitsgruppen oder bei einer Kontrollgruppe von Gesunden vorkommen sollte. D.h. die Spezifität eines Symptoms ist umso größer, je seltener es in

der Kontrollgruppe auftritt. Die mathematische Formel dafür lautet:

$$\text{Spezifität} = \frac{d}{b+d} \quad 100$$

Die beiden Kriterien Sensibilität und Spezifität sind in diesem Untersuchungsansatz allerdings nicht von entscheidender Bedeutung, da die Skalendimensionen nicht in erster Linie für die Diagnosestellung entwickelt werden sollen.

3.1.6.3 Zur Bestimmung der Reliabilität

Die Zuverlässigkeit einer Messung kann hier nicht als eine Wiederholungsreliabilität verstanden werden. Dafür müßten wir den Fragebogen zweimal darbieten, was im Rahmen dieser Untersuchung aber nicht möglich war. Wegen der zum großen Teil geringen Zahl von Items pro Skala konnte auch keine Split-half Reliabilität berechnet werden. Die Zuverlässigkeit der Skalen wird hier bereits mit den Daten der Aufgabenanalyse nach der Methode der inneren Konsistenz mit dem Koeffizienten Alpha nach der Kuder-Richardson-Formel berechnet (vgl. Lienert 1969).

3.1.7 Durchführung

3.1.7.1 Stichprobe der Probanden

Es war vorgesehen, die Untersuchung an 240 Alkoholikern und 100 Nichalkoholikern eines Allgemeinkrankenhauses durchzuführen. Es sollten 60 Alkoholiker, d.h. je 30 Männer und Frauen aus den Nervenkrankenhäusern Günzburg und Ravensburg, aus der Alkoholfachklinik Ringgenhof bzw. Höchsten und aus der Poliklinik des Max Planck Institutes für Psychiatrie erfaßt werden. Dabei mußten diese Patienten eindeutig die klinische Diagnose Alkoholismus erhalten haben. Wegen der Langwierigkeit der Datenerhebung mußten Abstriche gemacht werden, so daß jetzt eine Stichprobe von 172 Alkoholikern

und 98 Nichtalkoholikern vorliegt. In die Kontrollgruppe wurden nur Personen aufgenommen, bei denen von ärztlicher Seite kein Verdacht auf Alkoholismus vorlag und die nach eigenen Angaben weniger als 500 ml reinen Alkohol pro Woche trinken.

3.1.7.2 Daten

Der mehrdimensionale Fragebogen besteht aus 3 Teilen mit unterschiedlichen Testanleitungen (s. Anhang 3). Er umfaßt insgesamt 74 Items. Ein erster Teil ist ein Fremdbeurteilungsfragebogen für den Arzt bzw. Untersucher; ein zweiter Teil besteht aus Ja-Nein Fragen, die vom Probanden bzw. Patienten ausgefüllt werden; und ein dritter Teil, der ebenfalls vom Patienten ausgefüllt wird, besteht aus bipolaren Items mit je einer 7-stufigen Rating-Skala. Hierzu kam ein kurzer Fragebogen über den Beginn verschiedener Alkoholismussymptome (13 Items) sowie schließlich der Münchner Alkoholismustest (31 Items).

3.1.7.3 Voruntersuchung

Zur Überprüfung der Zuordnung der einzelnen Items zu den Skalendimensionen wurde, wie schon erwähnt, eine Voruntersuchung mit 6 Beurteilern durchgeführt, die alle langjährige klinische Erfahrung mit Alkoholkranken hatten. Die Charakterisierung der Skalen wurde auf Karteikarten geschrieben, ebenso die Formulierung der Items. Die Aufgabe der Beurteiler bestand darin, die Items den einzelnen Skalen zuzuordnen. Die einzelnen Skalen können dann durch zwei Maßzahlen über die richtigen Zuordnungen charakterisiert werden (s. 3.2.1).

3.2 Ergebnisse

3.2.1 Ergebnisse der Voruntersuchung

Einen Gesamtüberblick hinsichtlich der übereinstimmenden Zuordnung der Items zu den Skalen durch die 6 Beurteiler gibt die nachfolgende Tabelle:

Tabelle 4: Ergebnisse der Voruntersuchung (Zuordnung der Items zu den verschiedenen Skalen)

1. Symptomatisches Trinkverhalten (SYMPTR)

   Übereinstimmung wurde folgendermaßen definiert:

   $$\text{Übereinstimmung} = \frac{\text{Zahl der richtigen Zuordnung}}{\text{Zahl der Items x Zahl der Beurteiler}}$$

   Die Übereinstimmung beträgt hier 89,4%; 7 von 11 Items (63,6%) wurden von allen Beurteilern richtig zugeordnet.

2. Beschwerden und Funktionsstörungen (BES)

   Übereinstimmung: 85,2%

   5 von 9 Items (55,5%) wurden richtig zugeordnet.

3. Trinkmotivation (PMOT)

   Übereinstimmung: 92,85%

   5 von 7 Items d.h. 71,4% wurden richtig zugeordnet.

4. Kontrollfähigkeit (KONTR)

   Übereinstimmung: 78,6%

   5 von 7 Items d.h. 71,4% wurden richtig zugeordnet.

5. Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens (ETRI)

   Übereinstimmung: 77,8%

   3 von 6 Items d.h. 50% wurden richtig zugeordnet.

6. Selbstbild unter Alkohol (SEBI)

   Übereinstimmung: 97,9%

   7 von 8 Items (87,5%) wurden richtig zugeordnet.

7. Soziale Resonanz (SOZRES)

   Übereinstimmung: 70,4%

   3 von 9 Items (33%) wurden richtig zugeordnet.

8. Einstellung gegenüber der sozialen Umwelt (EUMW)
Übereinstimmung: 81,8%
3 von 7 Items (42,9%) wurden richtig zugeordnet.

Verbindliche Kriterien für die Beurteilung einer ausreichenden Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bei der Zuordnung der Items zu den Skalen gibt es m.W. nicht. Sinnvoll erscheint die Forderung, daß mindestens die Hälfte der Items von allen Beurteilern richtig zugeordnet werden sollte und daß der Prozentsatz der Übereinstimmungen mindestens 2/3 betragen sollte.
Begründen lassen sich diese Kriterien damit, daß dann zu keiner anderen Skala ein größeres Maß an Übereinstimmung herrschen kann und für die vorgesehene Skala ein Kern von Inhaltsvalidität angenommen werden kann. (Zur empirisch-statistischen Plausiblität läßt sich auch eine Faktorenanalyse heranziehen, die im Abschnitt 3.2.5.5 dargestellt ist).
Bei 36 von 64 Items ergibt sich für 6 Beurteiler eine völlige Übereinstimmung (56,2%). Diese Art der Übereinstimmung ist natürlich in hohem Maße abhängig von der Zahl der Beurteiler (bei 3 Beurteilern beträgt z.B. die Übereinstimmung 71,8%, d.h. 46 Items wurden richtig zugeordnet). Dieses Maß für Übereinstimmung sollte daher nicht als entscheidendes Kriterium angesehen werden.
Die schlechtesten Ergebnisse zeigen sich in den Skalen Soziale Resonanz (SOZRES) und Einstellung gegenüber der Umwelt (EUMW). Bei Skala SOZRES wurden nur 3 von 9 Items von allen Beurteilern richtig zugeordnet; der Prozentsatz der Übereinstimmungen liegt bei 70,4%. Bei der Skala EUMW wurden 3 von 7 Items von allen richtig zugeordnet; die Übereinstimmung der Beurteiler beträgt 81,8%. In diesen beiden Skalen wird man später im Zusammenhang mit den

testtheoretischen Kriterien der Trennschärfe, der Item-Schwierigkeit und evtl. eines Validitätskoeffizienten überlegen, welche Items besser herausgenommen werden sollten.
Problematisch aufgrund der Ergebnisse in der Voruntersuchung ist die theoretische Einordnung der Items 7,8, 12, 17, 19, 21, 45, 64 (s. Tabelle 42, Anhang 1). Betrachtet man nur diejenigen Items, die von mehr als 3 Beurteilern fälschlicherweise einer anderen, aber ein und derselben Skala zugeordnet wurden, so sind dies die Items 7 (Skala BES), 12 (Skala SEBI), 17(Skala BES) und 21 (Skala ETRI). Diese Items kann man nach den eingangs erwähnten Kriterien als theoretisch falsch eingeordnet verstehen. Zwei falsch eingeordnete Items beziehen sich auf die Skala Kontrollfähigkeit (KONTR).
Item 7 "Ich weiß genau, in welchen Situationen ich Alkohol brauche" wurde insgesamt 5mal (davon 3mal unsicher) der Skala Trinkmotivation zugeordnet und einmal der Skala 3 "Veränderungsbereitschaft des Trinkens". Alternativ zur subjektiven Zuordnung käme also am ehesten als neue Zuorndung die Skala 1 in Betracht. Eine endgültige Entscheidung sollte jedoch ein Vergleich der beiden Korrelationen von Item 7 mit Skala SYMPTR und mit Skala BES ermöglichen.

Item 17 "Mir ist äußerst wichtig, daß ich mein Trinken jederzeit unter Kontrolle halten kann" wurde 4mal (davon einmal unsicher) der Skala "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens" zugewiesen. Eine solche Zuordnung wäre theoretisch dann plausibel, wenn vorausgesetzt ist, daß es sich um einen Alkoholabhängigen handelt, der diese Kontrollfähigkeit nicht hat. Von dieser Annahme sind vermutlich einige Beurteiler ausgegangen. Auch wenn letztlich dafür die Korrelationsbeziehungen zu den beiden Skalen als empirisches Kriterium entscheidend ist, sollte aus theoretischen Überlegungen heraus das Item eher bei der bisherigen Skala belassen werden.

Das zur Skala EUMW(Einstellung gegenüber der sozialen Umwelt) gehörende Item 12 "Ich meine, es kommt auf mich selbst an, was ich aus meinem Leben mache" wurde 4mal der Skala ETRI (Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens) zugeordnet; davon einmal unsicher. Hier lassen sich beide Möglichkeiten theoretisch begründen, so daß man nur mit Hilfe korrelativer Beziehungen des Items zu den beiden Skalen eine endgültige Zuordnung treffen kann.
Item 21 "Wenn ich trinke, gibt es ständig Streit mit meinem Partner" wurde 3mal der Skala PMOT (Trinkmotivation) und 2mal der Skala SEBI (Selbstbild unter Alkohol) zugeordnet. Beide Zuordnungen erscheinen jedoch wenig subjektiv plausibel, so daß auf eine neue Zuordnung, vorbehaltlich der empirischen Korrelationen verzichtet werden sollte.
Bei der empirischen Analyse der Items und der Skalen wird auf die Zuordnung dieser fraglichen Items noch einmal eingegangen werden.

Folgerungen:
Die Zuordnung der Items 7, 17 und 21 sollte noch einmal mittels empirischer Korrelationsbeziehungen überprüft werden.
Im großen und ganzen erscheint die konzeptionelle Zuordnung durch die unabhängige Expertenbeurteilung gut bestätigt.

3.2.2Beschreibung der Alkoholikergruppe und der Kontrollgruppe

Die Daten der Alkoholikergruppe wurden in einer psychiatrischen Poliklinik (49 Probanden), in zwei Fachkrankenhäusern für Alkoholkranke (54 Probanden) sowie in zwei psychiatrischen Landeskrankenhäusern (30 und 39 Probanden) erhoben. Die Gesamtstichprobe der 172 Alkoholabhängigen besteht aus 110 Männern und 62 Frauen, die 98 Probanden der Kontrollgruppe setzen sich zusammen aus 45 Männern und

53 Frauen (s. Anhang 1, Tabelle 1).
Das Durchschnittsalter beträgt für die Alkoholikergruppe 38,4 (s=9,766) und für die Kontrollgruppe 38,2 (s=17,344) Jahre. Der Unterschied ist nicht signifikant.
Die Zusammensetzung hinsichtlich der Berufsgruppen geht ebenfalls aus den Tabellen über die Basisdokumentation (Anhang 1, Tab.1) hervor. Es zeigen sich beträchtliche Unterschiede zwischen der Alkoholiker- und der Kontrollgruppe. Die Zahl der Hilfsarbeiter ist in der Alkoholikergruppe ca. doppelt so groß wie in der Kontrollgruppe. Die Zahl der Hausfrauen erscheint in der Kontrollgruppe deutlich unterrepräsentiert, während die Zahl der Auszubildenden mit 11,2% überrepräsentiert ist (Alkoholikergruppe 2,3%). Erstaunlich ist die niedrige Zahl von Arbeitslosen mit 3,5% in der Alkoholikergruppe im Vergleich zu 12,2% in der Kontrollgruppe.
In der Kontrollgruppe tranken 91,8% Alkohol, 8,2% sind als abstinent anzusehen. Die Zahl der Abstinenten entspricht in etwa den Zahlen für Abstinente in einer Repräsentativerhebung (vgl. Feuerlein u. Küfner 1977).
Eine Parallelisierung der Kontrollgruppe kann nur z.T. als gegeben angesehen werden. Hinsichtlich des Alters erscheint die Vergleichbarkeit gegeben, auch wenn die Streuung des Alters in der Kontrollgruppe signifikant höher liegt.
Für eine kleine Teilgruppe von 77 Alkoholikern liegen Angaben über den Alkoholismustyp vor. Hier zeigt sich, daß eindeutig der Gamma-Typ mit 81,8% überwiegt, gefolgt von den Delta-Alkoholikern mit 10,4%. Alpha-, Beta- und Epsilon-Alkoholiker sind dagegen nicht in einem nennenswerten Umfang vertreten. Fraglich erscheint jedoch die Gültigkeit der Angaben, d.h. die Frage, welche Vorstellungen und Kriterien zur Einordnung der einzelnen Alkoholismustypen nach Jellinek den verschiedenen Beurteilern zugrundelagen. Die Einordnung in Alkoholismustypen erscheint in der Praxis z.T. sehr schwierig, z.B. die Abgrenzung von Alpha- und Gamma-Alko-

holikern sowie die Abgrenzung von Gamma- und Delta-Alkoholikern.
Die Kontrollgruppe und die Alkoholikergruppe sind, wie gesagt, nur teilweise vergleichbar (z.B. hinsichtlich des Alters). Eine Parallelisierung hinsichtlich des Geschlechts ist nachträglich noch möglich, wenn sich zwischen den Geschlechtern größere Unterschiede der Skalenwerte herausstellen sollten. In Bezug auf den Beruf kann eine Parallelisierung wegen der geringen Zahlen nicht mehr vorgenommen werden. Inwieweit diese mangelnde Parallelisierung einen Einfluß auf evtl. Skalenunterschiede der beiden Gruppen hat, kann durch Vergleich der verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der verschiedenen Skalenmittelwerte geschätzt werden. Entscheidend für die Zusammensetzung der Kontrollgruppe erscheint jedoch die Frage, ob Alkoholabhängigkeit mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Diese Frage kann am besten durch den MALT geklärt werden. Außer Alter und evtl. dem Geschlecht wird den soziodemographischen Variablen vermutlich keine größere Bedeutung für die zu untersuchenden Skalendimensionen zukommen.

3.2.3 Ergebnisse mit dem Münchner Alkoholismustest (MALT)

Mit der Diagnosestellung durch den Münchner Alkoholismustest (s. Feuerlein et al 1977, 1979) sollte die klinische Alkoholismusdiagnose als Außenkriterium noch einmal abgesichert werden.

Tabelle 5: Ergebnisse mit dem MALT

	MALT-Diagnose		
	Nichtalk.	Verdacht auf Alk.mißbrauch	Alkoholismus
Alk. Gr. n=137	0,7%	5,1%	94,2%
Kontr.Gr. n=75	85,3%	9,4%	5,3%

Wie aus der obigen Tabelle hervorgeht, konnten 0,7% (1 von 137) der Alkoholikergruppe mit dem MALT nicht als alkoholabhängig identifiziert werden. 5,1% fielen in die Kategorie Verdacht auf Alkoholismus, 94,2% wurden mit dem MALT als Alkoholiker identifiziert.
Von der Kontrollgruppe der klinisch diagnostizierten Nichtalkoholiker wurden dagegen mit dem MALT 5,3% als alkoholabhängig identifiziert, das sind 4 Personen. 7 Probanden (9,4%) wurden aufgrund ihrer MALT-Werte in die Kategorie "Verdacht auf Alkoholismus" eingeordnet. (Zur Verteilung der Summenwerte für den Gesamt-MALT, für den Fremdbeurteilungsteil und den Selbstbeurteilungsteil des MALT (s. Anhang2Abb.13,14).
Betrachtet man die Einzelitems des MALT-S, so fällt auf, daß bei 4 für Alkoholabhängige typischen Items, nämlich S1 "Morgendliches Zittern", S2 "Brechreiz", S3 "Zittern mit Alkohol kurieren" und S4 "Verbitterung", keiner der Alkoholikergruppe eine positive Antwort gab. Im Vergleich dazu ergeben sich in den verschiedenen Validitätsuntersuchungen (s. MALT-Test Manual, Feuerlein et al 1979) wesentlich höhere Prozentsätze von Ja-Antworten für diese Items.

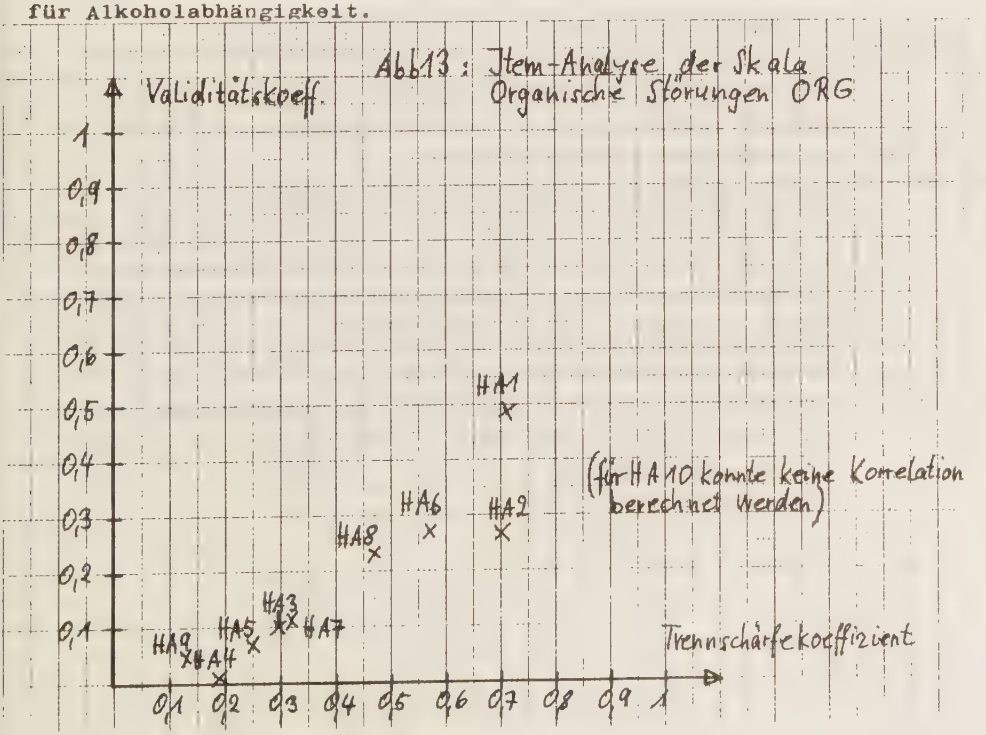
3.2.4 Ergebnisse zur Skalenkonstruktion

3.2.4.1 Skala ORG "Organische Störungen"

Bei Betrachtung der Häufigkeit der Ja-Antworten fällt auf, daß das Item HA10 "Andere neurologische Erkrankungen" in keinem Fall mit Ja beantwortet wurde. Damit trägt es z.B. zur Differenzierung zwischen Alkoholiker- und Kontrollgruppe nicht bei und es lassen sich darüber hinaus keine Aussagen über eine mögliche Bedeutung dieses Items machen. Daraus ergibt sich, daß man dieses Item auf der Skala entfernen kann. Einige Items, nämlich HA3 "Pankreatitis"

(4,1%) und HA4 "Cardiomyopathie" (2,4%), HA5 "Myopathie" (2,9%) und HA7 "Alkoholhalluzinose" (4,7%) und HA9 "Korsakow-Psychose" (1,2%) weisen sehr niedrige Besetzungshäufigkeiten auf, d.h. ihre Sensibilität für Alkoholabhängigkeit ist sehr gering. Dies kann z.T. jedoch an einer unzureichenden Untersuchung der Patienten liegen. Die Daten wurden für diese Items den Krankenunterlagen entnommen. Es kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, daß alle Items in jedem Fall untersucht worden sind; das gilt vor allem für die Feststellung einer Cardiomyopathie und einer Myopathie. Die meisten anderen Items werden dagegen im allgemeinen in einer Routineuntersuchung z.B. bei der Antragstellung für eine stationäre Behandlung oder bei der Aufnahme in ein Fachkrankenhaus überprüft.

Aus den Ergebnissen der Kontrollgruppe ergibt sich insgesamt eine sehr hohe Spezifität der Items. Während diese Skala also bezüglich der diagnostischen Unterscheidung von Alkoholikern und Nichtalkoholikern hoch spezifisch erscheint, ist sie jedoch relativ wenig sensibel für Alkoholabhängigkeit.



Die Item-Analyse zeigt, daß einige Items (HA3, HA4, HA5, HA7, HA9) sehr niedrige Trennschärfekoeffizienten aufweisen, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß die Besetzungshäufigkeiten extrem gering sind. Die Frage ist daher, ob daraus weitere Konsequenzen für eine Kürzung der Skala gezogen werden können. Dabei sollte man auch Hypothesen über die mögliche Bedeutung dieser Skala für die Diagnosestellung und vor allem für prognostische Fragen berücksichtigen. Eine Hypothese könnte z.B. sein, daß das Vorliegen zumindest einer dieser, vermutlich alkoholbedingter Erkrankungen die Aussichten auf die Einhaltung einer Abstinenzmotivation stark erhöht. In diesem Fall käme es weniger auf eine quantitative Abstufung der Skala an, sondern es wäre eine Ja-Nein Abstufung bereits ausreichend.
Wie aus Abbildung 10 (Anhang 2) hervorgeht, haben ca. 30% der Alkoholiker keine der angeführten organischen Erkrankungen. Bei dieser Gruppe könnte man die Hypothese aufstellen, daß die Erfolgsaussichten hinsichtlich der Alkoholabstinenz deutlich niedriger sind im Vergleich zu der Gruppe mit solchen organischen Erkrankungen.
Eine quantitative Ausprägung wäre dagegen erwünscht für die Frage, ob zwischen der Anzahl von Erkrankungen (einschließlich allgemeiner körperlicher Beschwerden) und dem Behandlungserfolg ein positiver Zusammenhang besteht. Diese Hypothese kann natürlich nicht in der vorliegenden Untersuchung überprüft werden, sollte jedoch hier bei dem Problem einer Skalenkürzung als Gesichtspunkt herangezogen werden. Zusammenfassend

spricht also gegen eine Kürzung der Skala:
1. daß einige Störungen in Wirklichkeit häufiger vorkommen als in der Untersuchung erfaßt werden konnten (vgl. Feuerlein 1979 u.a.);
2. daß es u.U. hauptsächlich auf das Auftreten einer Störung überhaupt ankommt und weniger auf die Gesamtzahl der Störungen;
3. daß eine weitere Kürzung die ohnehin schon unzureichende Reliabilität der Skala (r=0,47) erniedrigen würde (vgl. Abschnitt 3.2.4.1.2).
Aus diesen Gründen sei hier auf eine weitere Kürzung der Skala verzichtet, die anhand der testtheoretischen Kriterien durchaus gerechtfertigt werden könnte.
Bei dem Item HA10, für das wegen mangelnder Besetzungshäufigkeit keine Korrelation berechnet werden konnte, sollten vor allem alkoholbedingte Krampfanfälle berücksichtigt werden.
Zusammenfassend kann man sagen, daß sich unter testtheoretischen Gesichtspunkten dieser empirischen Untersuchung einschließlich der mangelhaften Reliabilität (s. Abschnitt 3.2.4.12) die Skala ORG nicht aufrechterhalten läßt. Wenn man jedoch die in diesem Fall relativ ungenaue, retrospektive Datenerhebung berücksichtigt, sollten vorerst durchaus keine Schlüsse über die totale Unbrauchbarkeit einer solchen Skala gezogen werden.

3.2.4.2 Skala BES "Beschwerden und Funktionsstörungen"

Die Skala besteht aus 9 Items mit relativ alkoholspezifischen subjektiven Beschwerden, vor allem psychovegetativer Art. Wie aus Tabelle 4 (Anhang 1) hervorgeht, weisen alle Items hohe Raten von Ja-Antworten auf. Die höchste Bejahungshäufigkeit zeigt das Item über Er-

innerungslücken mit 73,3% (Kontrollgruppe: 8,2%), dann kommt das Item "An Nervosität leiden" mit 72,2%, "Schweißausbrüche" mit 71,5% und Brechreiz und Würgegefühl mit 70,9%. Aufgrund der Item-Analyse können alle Items in der Skala beibehalten werden (s. nachfolgende Abb. 14).

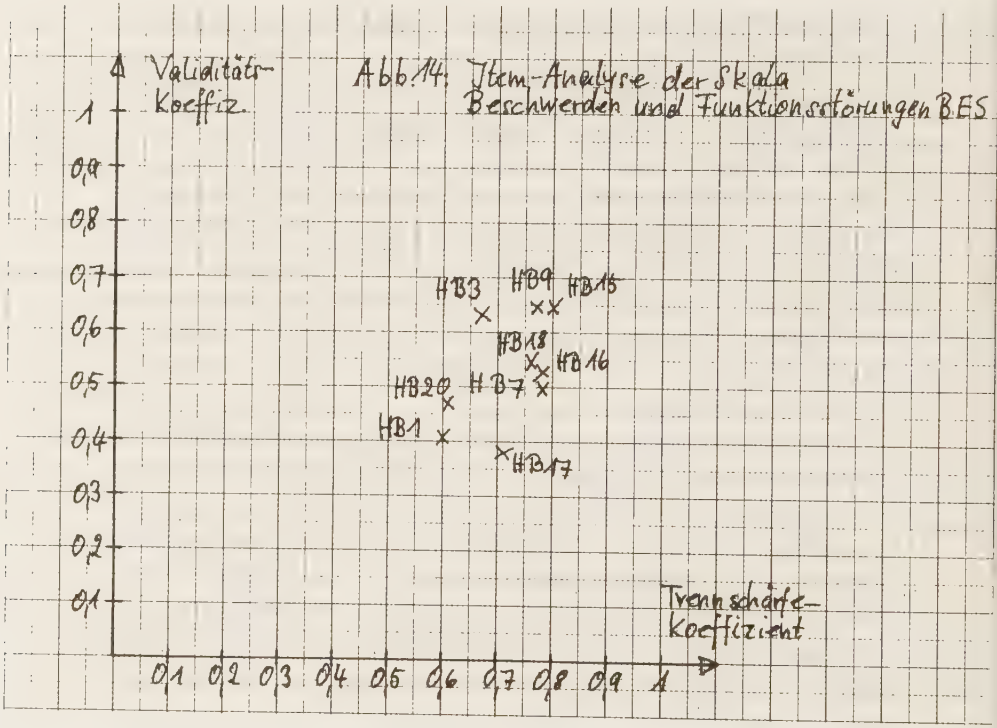


Abb. 14: Item-Analyse der Skala Beschwerden und Funktionsstörungen BES

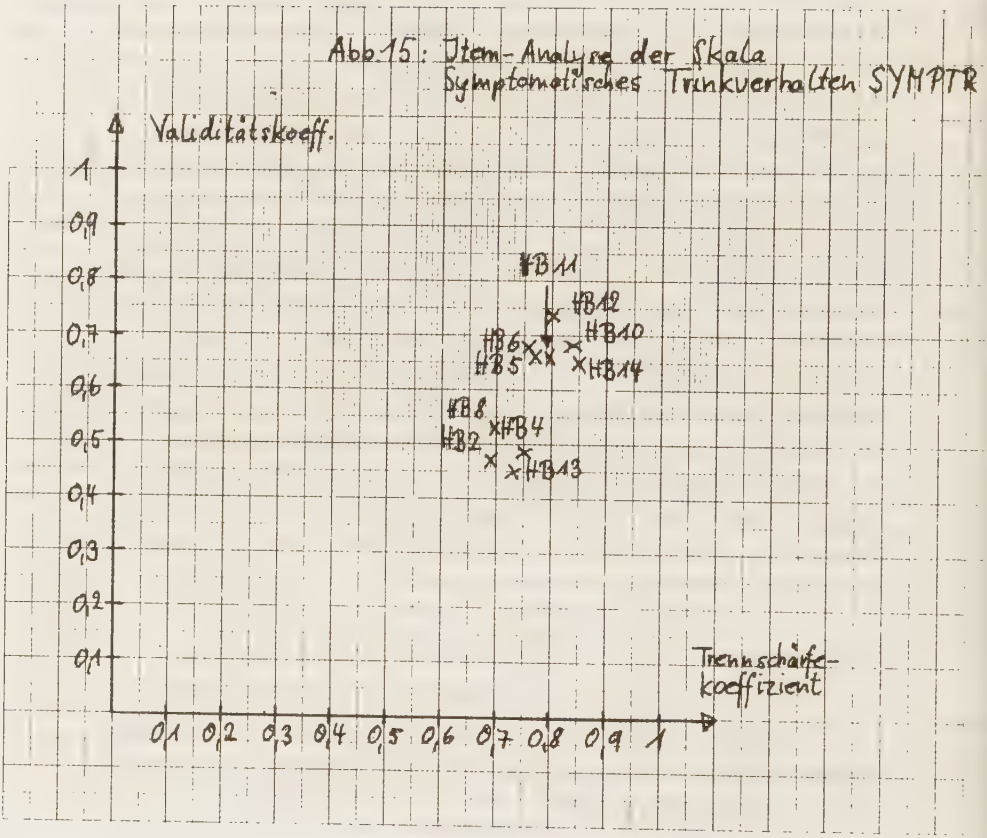
Zur Interpretation und Verwendung dieser Skala sei hier angemerkt, daß diese Beschwerden gut zur Abgrenzung von der Kontrollgruppe beitragen können. Ihre prognostische Bedeutung ist dagegen empirisch ungeklärt. Ähnlich wie bei der vorhergehenden Skala können diese subjektiven

Beschwerden zu einem Leidensdruck beitragen und damit evtl. die Erfolgsaussichten erhöhen. Dieser vermutete Zusammenhang zwischen zunehmender Höhe der Beschwerden und steigender Therapie- und Abstinenzmotivation ist jedoch sicherlich kein einfacher linearer Zusammenhang. Entscheidend erscheint, in welche kognitive Struktur (z.B. Vorstellung über Ursachen und Konsequenzen) diese Beschwerden und Klagen eingebaut werden. Für die Beschwerden kann bspw. der Alkohol verantwortlich gemacht werden, aber wichtiger ist vermutlich die Frage, ob der Alkoholabhängige seinen Alkoholmißbrauch i.w. durch äußere Situationen (im Sinne einer Gewohnheit und Konditionierung oder im Sinne einer äußere sozialen Streß-Situation) verursacht sieht und nicht wesentlich durch die eigene Persönlichkeit verursacht erlebt. Nur wenn zwischen den Beschwerden und dem eigenen Verhalten sowie der eigenen Verantwortung für dieses Verhalten eine Beziehung hergestellt wird, können diese vermutlich zur Prognose beitragen.

3.2.4.3 Skala SYMPTR "Symptomatisches Trinken"

Die 11 Items der Skala über das für Alkoholabhängige relativ spezifische Trinkverhalten liegen in der nachfolgenden Abb. in einer relativ dicht gedrängten Punktwolke zwischen den Koordinanten.

Abb. 15: Item-Analyse der Skala Symptomatisches Trinkverhalten SYMPTR



Bei Anwendung der Gulliksen-Technik, d.h. dem Drehen einer Geraden durch den Nullpunkt entgegen dem Uhrzeigersinn (vgl. Lienert 1969) würde als 1. Item die Frage 13 "In einem Zug austrinken" von einer Skalenkürzung betroffen sein. Bei einem Trennschärfekoeffizienten von ca. 0,7 und einem Validitätskoeffizienten von 0,45 ist jedoch eine aufgrund der testtheoretischen Kriterien allein eine Streichung dieses Items nicht gerechtfertigt.
Die höchste Bejahungshäufigkeit weist in der Alkoholikergruppe das Item HB12 über "Alkoholtrinken am Vormittag" auf (80,2%), gefolgt von den Items HB19 "Mehr als andere trinken" (70,3%), HB10 "Alkohol unter allen Umständen brauchen", HB5 "Nicht anderen sagen wieviel man trinkt" (68,6%) und HB6 "Zittern und Brechreiz mit Alkohol kurieren". (S. Tabelle 4, Anhang 1)
In der Kontrollgruppe finden sich die größten Bejahungshäufigkeiten bei den Items HB2 "Schnell trinken" (18,4%), HB13 "in einem Zug austrinken" (14,3%). Alle anderen Items der Skala haben Bejahungshäufigkeiten von 4,1% und darunter.
Bei einer eventuellen Kürzung sollten auch Überlegungen über die Redundanz der Informationen in den einzelnen Items berücksichtigt werden.
Unter dem Aspekt der inhaltlichen Ähnlichkeit erscheinen die Items HB2 "Schnell trinken" und HB13 "In einem Zug austrinken" am stärksten einander ähnlich. Auch in der Itemanalyse (s. Abb. 15) liegen beide Items sehr nahe beieinander. Wie vorher schon erwähnt, ist das Item HB13 das erste, welches nach der Gulliksen-Technik von einer Kürzung betroffen wäre. Deshalb sollte man Item HB 13 herausnehmen und HB2 in der Skala belassen.
Andere, in der Itemanalyse dicht aneinander liegende

Items (HB5, HB6, HB11) weisen kaum inhaltliche Ähnlichkeiten auf und sollten deshalb beibehalten werden.

3.2.4.4 Skala 4 PMOT "Personorientierte Trinkmotivation"

Formulierung und Antwortkategorien der Items gehen aus der nachfolgenden Aufstellung hervor:

Skala PMOT

HC7	Ich brauche Alkohol, um meine Stimmung aufzuheitern	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um mein Temperament zu zügeln
HC10	Ich brauche Alkohol, um Wut und Zorn gegen andere besser zeigen zu können	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol um Wut und Zorn besser unter Kontrolle halten zu können
HC13	Ich brauche Alkohol, um mich mit Konflikten und Problemen besser auseinandersetzen zu können	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um Konflikte und Probleme zu vergessen
HC16	Ich brauche Alkohol, um mit anderen besser ins Gespräch zu kommen	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um mich besser auf mich selbst konzentrieren zu können
HC21	Ich brauche Alkohol, um mich aufzuputschen	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um mich zu beruhigen
HC27	Ich brauche Alkohol, um konzentrierter arbeiten zu können	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um besser abschalten zu können
HC44	Ich brauche Alkohol, um mich bei anderen besser durchsetzen zu können	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um mit anderen besser zusammenarbeiten zu können

Die polare Gegenüberstellung der Aussagen bei Item HC7 ("Stimmung aufheitern" versus "Temperament zügeln") wird

durch die Häufigkeitsverteilung nur wenig unterstützt, d.h. für den Pol "Temperament zügeln" gibt es nur wenige Antworten (s.Tabelle 6, Anhang 1). Der polare Gegensatz zu "Temperament zügeln" wäre eher "Gefühle spontan äußern können" im Sinne von Enthemmung und erscheint deshalb in diesem Item nicht richtig erfaßt. "Mit Alkohol sich aufheitern" ist in der Kontrollgruppe mit 30,7% der Antworten (Ankreuzungen links vom Nullpunkt) relativ häufig vertreten. In der Alkoholikergruppe gehen 67,2% der Antworten in diese Richtung.

In dem Item HC10 ist dagegen die polare Gegenüberstellung von "Wut zeigen können" und "Alkohol besser kontrollieren können" deutlich erkennbar. 40,9% der Alkoholiker antworten mehr in Richtung "Wut und Zorn besser ausdrücken können", während 28,5% meinen, mit Alkohol ihre Gefühle der Wut besser kontrollieren zu können. In der Kontrollgruppe konzentrieren sich die Antworten praktisch völlig (92,5%) auf die Antwortkategorie "Weder noch".

Auch in dem nächsten Item HC13 zeigt sich in den Antworten der Alkoholikergruppe eine polare Ausprägung. 32,7% der Alkoholiker benutzen Alkohol, um sich mit Konflikten und Problemen besser auseinandersetzen zu können, während 54,9% Alkohol brauchen, um Konflikte und Probleme zu vergessen. Vergleicht man damit die Kontrollgruppe, so gibt es praktisch keine Antworten (3,3%) in Richtung "Alkohol für Auseinandersetzungen zu gebrauchen," während die Funktion des Vergessens und Abschaltens durch die Alkoholwirkung auch bei den Normaltrinkern deutlich besser bekannt ist (10,8%).

Die polare Ausprägung bei dem Item HC16 "Durch Alkohol mit anderen besser ins Gespräch zu kommen" versus "sich besser auf sich selbst konzentrieren können" erscheint wenig deutlich, auch wenn 16,8% der Alkoholikergruppe Antworten in Richtung "Sich besser auf sich konzentrieren

können" abgegeben haben. Der andere Pol, der mehr in Richtung Geselligkeitstrinken und Enthemmung geht, ist auch bei der Kontrollgruppe in den Antworten vorhanden (11,9%), wenn auch wesentlich weniger deutlich als in der Alkoholikergruppe.
Sinnvoll erscheint ein erklärender Zusatz für den Pol "... auf sich selbst konzentrieren", so daß dieser Pol z.B. folgendermaßen aussehen könnte: "Ich brauche Alkohol, um mich besser auf mich selbst konzentrieren zu können (z.B. um meinen Ideen und Vorstellungen besser nachgehen zu können)."
Beim Item HC21 geht es um die aufputschende versus beruhigende Wirkung des Alkohols. Mit 56,3% der Antworten auf den Pol Beruhigung ist diese Funktion der Alkoholwirkung deutlich dominierend, wenn auch der andere Pol mit 26,2% der Antworten noch deutlich ausgeprägt ist. In der Kontrollgruppe sind beide Pole ungefähr gleich schwach mit Antworten besetzt.
Beim Item HC27 überwiegt zwar in beiden Gruppen der Abschalteffekt (49,1%) bei der Alkoholikergruppe bzw. 14,9% bei der Kontrollgruppe), doch ist in der Alkoholikergruppe auch der andere Pol, "unter Alkohol sich besser konzentrieren können", mit 26,7% der Antworten deutlich vertreten.
Bei Item HC44 ist die Alkoholfunktion, sich mit Alkohol bei anderen besser durchsetzen zu können, deutlich stärker ausgeprägt (5o%) als die gegensätzliche Funktion, mit anderen unter Alkohol besser kooperieren zu können (11,9%). In der Kontrollgruppe sind beide Funktionen kaum vertreten und die Weder-Noch-Kategorie dominiert mit 94,6% der Antworten.
Die Item-Analyse (s.Abb.4,Anhang 2) ergibt keinen Hinweis auf eine Änderung der Items.

Folgerungen für Skala PMOT :

Item 7 sollte man wegen der inhaltlich nicht geglückten Polarisierung und der entsprechend niedrigen empirischen Häufigkeitsbesetzung des einen Itempols aus der Skala entfernen, so daß noch 6 Items für die Skala übrig bleiben würden.

Item HC16 lautet nun:

Ich brauche Alkohol, um mit anderen besser ins Gespräch zu kommen	Ich brauche Alkohol, um mich besser auf mich selbst konzentrieren zu können (z.B. um meinen Ideen und Vorstellungen besser nachgehen zu können)

3.2.4.5 Skala 5 ETR I "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens"

Skala ETR I

HC3	Ich möchte mein Trinken stärker einschränken als bisher	3	2	1	0	1	2	3	Ich möchte mein Trinken unter keinen Umständen einschränken
HC26	Ich kann mir gut vorstellen, daß ich mit dem Trinken ganz aufhöre	3	2	1	0	1	2	3	Ich kann mir nicht vorstellen, daß ich mit dem Trinken von Alkohol ganz aufhöre
HC30	Alkohol spielt keine große Rolle in meinem Leben	3	2	1	0	1	2	3	Ohne Alkohol kann ich mir ein Leben nicht vorstellen
HC31	Ich kann mir viele Gründe vorstellen, weshalb ich weniger trinken sollte	3	2	1	0	1	2	3	Ich kann mir keinen Grund vorstellen, weshalb ich weniger trinken sollte
HC40	Wenn man an sich selbst arbeitet, kann man mit seinen Alkoholproblemen fertig werden	3	2	1	0	1	2	3	Nur wenn andere sich für mich einsetzen, kann ich mit meinen Alkoholproblemen fertig werden

HC42	Man muß auch ohne Alkohol und andere Mittel mit Problemen und Konflikten fertig werden	3 2 1 0 1 2 3	Wenn man auf Alkohol verzichtet, braucht man einen Ersatz dafür

Das Item HC3 zeigt deutlich eine unipolare Ausprägung zumindest bei der Alkoholikergruppe. 76,1% der Alkoholiker streichen die stärkste Ausprägung in Richtung"Einschränkung des Trinkverhaltens"an, was wegen der meist laufenden Behandlung nicht weiter erstaunlich ist, in der Kontrollgruppe sind es immerhin noch 9,8%, die meinen, ihr Trinkverhalten einschränken zu sollen.
Der Pol "ich möchte mein Trinken unter keinen Umständen einschränken" ist sehr hart formuliert, so daß dies u.U. ein Grund ist, weshalb dieser Pol auch bei der Kontrollgruppe wenig Antworten bekommen hat. Auch mag dabei die spezielle Zusammensetzung der Kontrollgruppe aus Krankenhauspatienten eine Rolle spielen. Man sollte jedenfalls versuchen, diesen Pol etwas schwächer zu formulieren, indem das Attribut "... unter keinen Umständen ..." weggelassen wird.
Die Bereitschaft zur Abstinenz ist in dem Item HC26 angesprochen. 23,1% der Alkoholiker können sich schlecht vorstellen, mit dem Alkoholtrinken völlig aufzuhören, während 58,1% sich dies durchaus vorstellen können, davon 34,4% mit der höchsten Ausprägung. Wenn man sich vor Augen hält, daß ein Großteil der Alkoholiker in stationärer Behandlung ist, dann ist der Anteil von Alkoholabhängigen, die sich nicht vorstellen können, ihren Alkoholkonsum einzustellen, doch noch beträchtlich hoch.
Item 30 fragt danach, ob sich der Proband ein Leben ohne Alkohol überhaupt vorstellen kann bzw. welche Rolle Alkohol in seinem Leben spielt. Erstaunlich ist, daß 33,9% der Alkoholikergruppe angeben, Alkohol spiele keine größere Rolle in ihrem Leben, während 43,4% sagen, ohne Alkohol kann ich mir ein Leben nicht vorstellen. In der

Kontrollgruppe geben 4,3% an, daß sie sich ein Leben ohne Alkohol nicht vorstellen können, für 63,1% spielt Alkohol keine größere Rolle.
Bei dem Item HC31 geben immerhin noch 19,5% der Alkoholiker an, daß sie sich keinen Grund vorstellen können, weniger zu trinken; das ist ein relativ hoher Prozentsatz, wenn man berücksichtigt, daß die Alkoholabhängigen zum großen Teil in Behandlung sind und die Frage lediglich auf für den Patienten mögliche Gründe, weniger zu trinken, abzielt. Zieht man davon noch 8,5% ab, die ihr Trinken nicht einschränken wollen oder unentschieden sind, so bleiben noch rund 10% der Alkoholiker, die zwar ihr Trinken einschränken möchten, aber andererseits keinen Grund sehen, weshalb sie das tun sollten. Dies spricht für eine sehr labile diffuse Bereitschaft zur Alkoholabstinenz bzw. zur Einschränkung des Trinkens.
Bei dem Item HC40 geben 60,5% der Alkoholiker an, daß sie selbst, wenn sie an sich arbeiten, mit dem Alkoholproblem fertig werden können. 29,3% sagen, daß sie die Hilfe anderer nötig haben, um das Alkoholproblem zu meistern. Dieses Item spricht einerseits die psychodynamische Dimension Abhängigkeit an im Sinne von Bereitschaft und Notwendigkeit sich helfen zu lassen und andererseits das Autonomiestreben hier i.S. von "Alleindamit-fertig-werden". Um diesen Pol noch etwas deutlicher herauszustellen, sollte man als kleine Verbesserung das Adverb "allein" noch einfügen. Außerdem sollte eine Ich-Formulierung gewählt werden, wie für den anderen Pol auch. In der Kontrollgruppe finden sich plausiblerweise am abhängigen Pol keine Ja-Antworten, die Weder-Noch-Kategorie ist mit 56,8% am deutlichsten ausgeprägt.
HC42: 14,4% der Alkoholiker antworten, daß man einen Ersatz für Alkohol braucht, wenn man auf Alkohol ver-

zichtet, in der Kontrollgruppe geben 4,4% die gleiche Antwort. 12,6% sind in der Alkoholikergruppe unentschieden, in der Kontrollgruppe sind es 31,5%. Etwa gleich viele (72,9% bzw. 64,1% in der Kontrollgruppe) meinen, daß man auch ohne Alkohol und andere Mittel mit Problemen und Konflikten fertig werden muß. Dieses Item (linker Pol) weist auf die allgemeine Einstellung hin, Medikamente und Drogen zu benutzen, welche danach in der Kontrollgruppe auch nur schwach ausgeprägt ist (allerdings bei häufigen Weder-Noch-Antworten). Inwieweit diese Zahl allerdings repräsentativ ist, muß zweifelhaft bleiben, da die Kontrollgruppe aus Krankenhauspatienten, deren Bereitschaft, Medikamente zur Lösung von Problemen einzusetzen, vermutlich größer ist als in der Bevölkerung insgesamt.

Aus der Item-Analyse allein (s.Abb. 7, Anhang 2) ergeben sich zunächst keine Hinweise auf eine eventuelle Kürzung. Die Analyse der Reliabilitätskoeffizienten der inneren Konsistenz ergibt jedoch beträchtliche Änderungen (s. auch Abschnitt 3.2.4.1.4). HC3, HC31 und HC42 führen zu einer Erniedrigung des Reliabilitätskoeffizienten, bzw. leisten keinen Beitrag zur Erhöhung der inneren Konsistenz, wie aus der empirisch-statistischen Analyse hervorgeht. Andererseits zeigten die Items HC28 und HC43, die ursprünglich der Skala Kontrollfähigkeit zugeordnet waren (s. nächsten Abschnitt), einen positiven Beitrag zur Erhöhung der inneren Konsistenz der Skala ETRI. Inhaltlich passen diese beiden Items gut zu der Skala ETRI, auch wenn das vorher bei der theoretischen Zuordnung nicht deutlich geworden ist.

Folgerungen:

1. Es wird eine leichte Formulierungsänderung vorge-

schlagen:
Bei Item HC40 soll durch die Einfügung des Attributs "allein" am linken Pol eine klarere Gegenüberstellung der Einstellungspole und der damit gemeinten psychodynamischen Aspekte"Autonomie versus Abhängigkeit"erreicht werden.

2. Die Items HC3, HC31, HC42 werden wegen Verschlechterung der inneren Konsistenz aus der Skala entfernt.
3. Aus der Skala KONTR werden die beiden Items HC28 und HC43 neu aufgenommen.

3.2.4.6 Skala 6 KONTR "Kontrollfähigkeit des Trinkens"

Skala KONTR

HC6	Ich habe noch nie daran gezweifelt, daß ich mein Trinken jederzeit kontrollieren kann	3 2 1 0 1 2 3	Ich habe schon häufiger daran gezweifelt, daß ich mein Trinken jederzeit kontrollieren kann
HC14	Ich glaube nicht, daß ich meinen Alkoholkonsum einschränken könnte	3 2 1 0 1 2 3	Ich glaube, daß ich meinen Alkoholkonsum jederzeit einschränken könnte
HC17	Ich glaube nicht, daß ich mit einem Trinksystem (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken) jederzeit meinen Alkoholkonsum kontrollieren kann	3 2 1 0 1 2 3	Ich bin sicher, daß ich nach dem ersten Schluck Alkohol jederzeit auch wieder aufhören kann
HC28	Mit ist nicht wichtig, ob ich mein Trinken jederzeit unter Kontrolle halten kann	3 2 1 0 1 2 3	Mir ist äußerst wichtig, daß ich mein Trinken jederzeit unter Kontrolle habe
HC38	Ich kann eigentlich nicht genau sagen, in welchen Situationen ich Alkohol brauche	3 2 1 0 1 2 3	Ich weiß genau, in welchen Situationen ich Alkohol brauche

HC43 Ich glaube nicht, daß ich längere Zeit ohne Alkohol auskommen könnte 3 2 1 0 1 2 3 Ich glaube, daß ich jederzeit mein Trinken aufgeben könnte

HC6: 36,2% der Alkoholiker zweifeln nicht daran, daß sie ihren Alkoholkonsum jederzeit kontrollieren können, während 57,1% schon häufiger daran gezweifelt haben. 11,8% der Nichtalkoholiker haben Zweifel hinsichtlich ihrer Kontrollfähigkeit des Alkoholkonsums.
Die Selbsteinschätzung der Kontrollfähigkeit des Trinkens zeigt also in der Alkoholikergruppe eine deutliche bipolare Ausprägung.
HC14: Wiederum ergibt sich in der Alkoholikergruppe eine klare bipolare Ausprägung. 48,7% der Alkoholiker glauben, daß sie ihren Alkoholkonsum jederzeit einschränken können, während 44,1% sagen, daß sie nicht glauben, ihren Alkoholkonsum jederzeit beschränken zu können. In der Kontrollgruppe meinen 5,4%, daß sie ihren Alkoholkonsum nicht jederzeit kontrollieren können.
HC17: 26,2% der Alkoholiker sind der Meinung, daß sie mit einem Trinksystem ihren Alkoholkonsum jederzeit kontrollieren können, dagegen meinen 60%, daß sie das nicht können. In der Kontrollgruppe zweifeln dagegen 7,5% daran, daß sie mit einem Kontrollsystem ihr Alkoholtrinken beherrschen, jedoch kreuzt die überwiegende Mehrheit (73,4%) die Kategorie Weder-Noch an, was vermutlich als ein Ausweichen vor einer klaren Entscheidung aufzufassen ist. Wahrscheinlich ist auch für Normaltrinker weniger verständlich, was unter einem Trinksystem gemeint ist, obwohl dies in einem Klammerausdruck kurz erläutert wird.
HC25: Dieses Item fragt nach dem Auftreten von Kontrollverlust. 76,8% der Alkoholiker können nicht genau sagen, ob sie jederzeit wieder mit dem Trinken aufhören können; 17,4% dagegen sehen sich dazu in der Lage im Vergleich

zu 52,1% in der Kontrollgruppe. Immerhin haben auch 11,7% der Nichtalkoholiker Zweifel an ihrer Kontrollfähigkeit, wenn sie einmal angefangen haben zu trinken.
HC28: 24,5% der Alkoholikergruppe ist ihre Selbstkontrolle über den Alkoholkonsum relativ unwichtig, das ist ein erstaunlich hoher Prozentsatz. In der Kontrollgruppe geben 6,6% der Probanden Antworten in diese Richtung. Inwieweit diese gleichgültige Einstellung gegenüber der eigenen Kontrollfähigkeit des Trinkens mit der jeweiligen Entwicklungsphase der Alkoholabhängigkeit und der Behandlungsbereitschaft etwas zu tun hat, soll später noch analysiert werden.
HC38: Bei Alkoholikern wird angenommen, daß erhöhte Kontrollfähigkeit mit genauerem Wissen über das eigene Trinkverhalten einhergeht. 36% geben an, daß sie wissen, in welchen Situationen sie Alkohol brauchen, während 54,1% dies nicht ausreichend erkennen. In der Kontrollgruppe haben, wie zu erwarten, weitaus der größte Teil die Kategorie Weder-Noch (73,6%) angekreuzt.
Die Item-Analyse (s. Abb.3, Anhang 2) zeigt für das Item HC28 einen sehr niedrigen Trennschärfekoeffizienten. Item HC43 hat eine negative, im Betrag ähnlich niedrige Trennschärfe sowie ebenfalls einen niedrigen Validitätskoeffizienten. (Das negative Vorzeichen weist lediglich auf eine falsche Polung des Items hin).
Bei der Analyse des Reliabilitätskoeffizienten tragen die Items HC28, HC43 und HC38 zu einer Erniedrigung der inneren Konsistenz bei.
Folgerung:
Die Items HC28, HC38 und HC43 sollten aus der Skala entfernt werden, um die Reliabilität der inneren Konsinstenz zu verbessern.

Ansonsten zeigt sich in den bipolaren Items deutlich die heterogene Einstellung der Alkoholabhängigen zur Kontrolle des eigenen Alkoholkonsums.

3.2.4.7 Skala 7 SEBI "Selbstbild unter Alkohol"

	Skala SEBI							
HC4	Mit Alkohol fühle ich mich nichts wert	3	2	1	0	1	2	3 Mit Alkohol fühle ich mich selbstbewußt und stark
HC11	Mit Alkohol bin ich eher distanziert und verschlossen	3	2	1	0	1	2	3 Mit Alkohol bin ich offen und mitteilsam
HC15	Mit Alkohol kann ich meine Gefühle und Stimmungen besser kontrollieren	3	2	1	0	1	2	3 Mit Alkohol bin ich meinen Gefühlen und Stimmungen ausgeliefert
HC18	Mit Alkohol fühle ich mich sicher und entschlossen	3	2	1	0	1	2	3 Mit Alkohol fühle ich mich zaghaft und unentschlossen
HC20	Mit Alkohol fühle ich mich leer und gedrückt	3	2	1	0	1	2	3 Mit Alkohol fühle ich mich frei und gelöst
HC22	Wenn ich Alkohol getrunken habe, bin ich anderen gegenüber rücksichtsvoller	3	2	1	0	1	2	3 Wenn ich Alkohol getrunken habe, nehme ich weniger Rücksicht auf andere
HC32	Mit Alkohol fühle ich mich jeder Situation gewachsen	3	2	1	0	1	2	3 Mit Alkohol fühle ich mich unsicher und hilflos
HC34	Mit Alkohol fühle ich mich wärmer und anderen Menschen näher	3	2	1	0	1	2	3 Mit Alkohol fühle ich mich eher kühler und weiter von anderen Menschen entfernt

HC4: 60,3% der Alkoholabhängigen fühlen sich unter Alkohol selbstbewußt und stärker, 30,4% fühlen sich mit Alkohol nichts wert und 9,3% geben die Kategorie Weder-Noch an.

Die Formulierung "mit Alkohol fühle ich mich nichts wert" kann u.U. mißverstanden werden, indem jemand an seine Schuldgefühle wegen seines Trinkens denkt. Erfaßt werden soll aber das mit der Alkoholwirkung entstehende dominierende Gefühl. Genauer wäre daher die Formulierung "unter Alkohol ...". In der Kontrollgruppe geben 10,7% an, daß sie sich unter Alkohol stärker und selbstbewußter fühlen, während sich immerhin 13,6% mit Alkohol weniger wert vorkommen.

HC11: 66,9% der Alkoholiker erleben sich unter Alkohol offener und mitteilsamer, 22% sehen sich verschlossener und distanzierter. In der Kontrollgruppe überwiegt, abgesehen von der Mittelkategorie mit 49,5%, ebenfalls die subjektiv erlebte Offenheit unter Alkohol mit 43,9% gegenüber dem Erleben der Distanziertheit unter Alkohol mit 7,7%.

HC15: 32,3% der Alkoholikergruppe können unter Alkokohol ihre Gefühle besser kontrollieren, 50,9% erleben eher das Gegenteil; eine relativ große Gruppe von 16,8% kann sich für keinen Pol entscheiden. In der Kontrollgruppe ist der Erlebnispol der mangelnden Kontrolle über Gefühle unter der Alkoholeinwirkung mit 29,8% wesentlich stärker ausgeprägt als der andere Pol mit 2,2%. Nach den Kriterien der Item-Analyse ist dieses Item auffällig. Der Trennschärfekoeffizient ist mit r = 0,31 relativ niedrig und der Validitätskoeffizient ist mit r = 0,16 deutlich unzureichend, besonders wenn man noch berücksichtigt, daß dieses Item ja auch noch selbst in die Summenwertbildung mit eingeht. (S.Abb 5, Anhang 2). Dieses Item könnte man aus der Skala entfernen, es trägt wenig zur Differenzierung zwischen Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern bei.

HC18: Hier überwiegt in der Alkoholikergruppe klar das Gefühl der Sicherheit und Entschlossenheit unter der

Alkoholwirkung mit 73,5%, während nur 9,9% sich unter Alkohol unsicher und zaghaft fühlen. In der Tendenz ähnlich ist das Selbsterleben in der Kontrollgruppe, auch wenn hier wiederum die Weder-Noch-Kategorie mit 79,8% stark dominierend ist.

HC20: Wiederum überwiegt hier in der Alkoholikergruppe klar die positive Wirkung von Gelöstheit und Freiheit mit 72,4%. Immerhin meinen 17%, unter Alkohol mehr depressive Gefühle zu erleben.

HC22: Dieses Item reflektiert vermutlich nicht nur die unmittelbar erlebte Alkoholwirkung, sondern auch die Verarbeitung von Beschuldigungen der sozialen Umgebung und des eigenen Gewissens. 33,9% der Alkoholiker schätzen sich unter Alkohol anderen gegenüber rücksichtsvoller ein, 51% erleben sich weniger rücksichtsvoll. In der Kontrollgruppe tritt keine der beiden Verhaltensweisen nennenswert häufig auf.

Die Itemanalyse ergibt relativ niedrige Werte sowohl für die Validität ($r = 0,27$) als auch für die Trennschärfe ($r = 0,46$). Auch trägt das Item bei der Analyse der inneren Konsistenz nicht zu einer Verbesserung des Reliabilitätskoeffizienten bei, so daß man insgesamt dieses Item weglassen sollte.

HC34: 20,4% fühlen sich unter Alkohol kälter und von anderen weiter entfernt, 67,9% fühlen sich dagegen unter Alkohol wärmer und anderen näher. Dieses Gefühl ist auch in der Kontrollgruppe häufiger vorhanden (17,3%) als die Gegenreaktion der Kälte und Distanziertheit mit 10,8%.

Folgerung:

Das Item HC 15 trägt wenig zur Differenzierung zwischen Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern bei und dürfte auch für andere Fragestellungen nur eine geringe Bedeutung haben. Man kann deshalb auf dieses Item sowohl nach

psychometrischen Kriterien der Item-Analyse, als auch nach inhaltlichen Kriterien wegen der darin enthaltenen Aspekte der Kontrolle und der Trinkmotivation verzichten. Auch Item HC22 sollte aus der Skala entfernt werden.

3.2.4.8 Skala 8 SOZRES "Soziale Resonanz"

Skala SOZRES

HC5	Freunde und Bekannte machen mir Vorwürfe, daß ich zuviel trinke	3 2 1 0 1 2 3	Freunde und Bekannte erwarten, daß ich mehr Alkohol trinke als bisher
HC9	Wenn ich getrunken habe, meinen die Leute, ich sei tüchtiger und könnte mehr leisten	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich getrunken habe, meinen die Leute, ich sei weniger leistungsfähig
HC23	Keiner kann verstehen, daß ich in bestimmten Situationen Alkohol brauche	3 2 1 0 1 2 3	Es gibt Leute, die verstehen, warum ich Alkohol brauche
HC24	Wenn ich trinke, kommen mein Partner und ich besser miteinander aus	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich trinke, gibt es ständig Streit mit meinem Partner
HC35	Mein(e) Lebenspartner (in) oder meine Freunde haben sich von mir zurückgezogen	3 2 1 0 1 2 3	Mein(e) Lebenspartner (in) oder Freunde haben sich mir stärker zugewandt und halten fester zu mir
HC36	Freunde und Bekannte meinen, daß Alkohol mir eine Menge Schwierigkeiten und Probleme macht	3 2 1 0 1 2 3	Freunde und Bekannte meinen, daß ich auf eine schöne Seite des Lebens verzichte, wenn ich keinen Alkohol trinke
HC37	Wenn ich Alkohol trinke, komme ich mit der Arbeit besser zurecht	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich Alkohol trinke, habe ich Schwierigkeiten am Arbeitsplatz

HC39	Ich glaube, daß die Leute nicht mehr so viel von mir halten wie früher	3 2 1 0 1 2 3	Ich glaube, daß die Leute mehr von mir halten und mich mehr schätzen als früher
HC41	Wenn ich trinke, bin ich bei den Leuten beliebter	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich trinke, kann mich keiner leiden

HC5: Die Verteilung der Antworten in der Alkoholikergruppe ist bei diesem Item unipolar. 72,8% der Antworten liegen an dem Pol "Vorwürfe", 2,6% der Antworten liegen in Richtung des Pols "Aufforderung zu vermehrtem Trinken". In der Kontrollgruppe geben 19,1% an, daß Freunde von ihnen erwarten, mehr zu trinken. Dieses Ergebnis bedeutet, daß für die Normaltrinker oder Abstinenten eine bipolare Ausprägung vorhanden ist, kaum dagegen für die Alkoholabhängigen. Nur bei abstinenten Alkoholikern ist denkbar, daß Freunde und Bekannte erneut auf einen Alkoholkonsum drängen.
Wegen guter Trennschärfe und einem guten Validitätskoeffizienten gibt es zunächst keinen Grund, das Item aus der Skala zu entfernen.
HC9: 54,6% der Alkoholiker geben an, daß sie von anderen mit Alkohol als weniger leistungsfähig eingestuft werden; 24,9% meinen, daß andere Leute sie mit Alkohol für tüchtiger halten. In der Kontrollgruppe geben 81,7% die Antwort Weder-Noch an, 2,2% meinen, sie werden mit Alkohol als tüchtiger eingeschätzt und 16,2% glauben das Gegenteil.
HC23: 22% der Alkoholiker meinen, daß es Leute gibt, die verstehen, warum sie trinken; 54,8% glauben, daß sie niemand verstehen kann. In der Kontrollgruppe konzentrieren sich die Antworten nahezu völlig auf die mittlere Kategorie (89,9%); 6,6% glauben, daß Freunde sie in ihrem Alkoholkonsum verstehen können.

HC35: 49,1% geben an, daß sich Freunde oder Lebenspartner von ihnen zurückgezogen hätten, während 29,2% antworten, daß Freunde oder Partner fest zu ihnen halten. In der Kontrollgruppe sprechen 3,3% von einem Sich-zurückziehen von Freunden und 17% von einem festen Zueinanderhalten.

HC36: In der Alkoholikergruppe sagen 91,5%, daß Freunde und Bekannte Probleme und Konflikte auf ihren Alkoholkonsum zurückführen; nur 5,6% haben Freunde, die meinen, daß sie ohne Alkohol auf eine schöne Seite des Lebens verzichten müssen. In der Kontrollgruppe zeigt sich, daß 16% annehmen, daß ihre Freunde dies als Verzicht auf eine schöne Seite des Lebens ansehen; immerhin 8,5% meinen, daß Freunde ihre Probleme und Konflikte auf Alkohol zurückführen.

HC37: 30,8% der Alkoholiker geben an, daß sie mit Alkohol bei der Arbeit besser zurecht kommen und 54,7% sprechen von mehr Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Von den Normaltrinkern rechnen 13.8% mit mehr Problemen am Arbeitsplatz; keiner ist der Meinung, daß er mit Alkohol die Arbeit besser machen könne.

HC39: 6,3% der Alkoholiker antworten, daß sie von Leuten mehr geschätzt werden als früher, während 75,6% angeben, daß Bekannte und Freunde nicht mehr so viel von ihnen halten als in früheren Zeiten. In der Kontrollgruppe treten beide Richtungen der sozialen Resonanz auf, wenn auch die Kategorie Weder-Noch wiederum deutlich dominierend ist und 21,5% von einer größeren Wertschätzung sprechen.

HC41: 26,1% der Alkoholiker sagen, daß sie bei anderen beliebter sind, wenn sie Alkohol getrunken haben, 36,6% antworten mit Weder-Noch und 37,3% meinen, daß sie keiner recht leiden kann, wenn sie Alkohol trinken. In der Kontrollgruppe geben 11,9% an, unter Alkohol beliebter zu

sein, 7,6% sagen, unter Alkohol könne sie niemand recht ausstehen und 80,6% geben eine Weder-Noch Antwort.

Folgerungen:
Kriterien der Item-Analyse (s. Abb.6, Anlage 2) geben keine Hinweise auf eine Kürzung der Skala, die mit 9 Items die längste Skala mit bipolaren Items darstellt. Die Analyse der Reliabilität zeigt jedoch, daß die Items HC23 und HC37 keinen Beitrag zur inneren Konsistenz leisten und sogar den Reliabilitätskoeffizienten der inneren Konsistenz erniedrigen. Aus diesem Grunde sollte man diese beiden Items aus der Skala entfernen.

3.2.4.9 Skala 9 EUMW "Einstellung zur Umwelt"

Skala EUMW

HC1	Ich bin eigentlich lieber mit mir allein	3 2 1 0 1 2 3	Ich bin eigentlich lieber unter anderen Leuten
HC2	Meiner Ansicht nach verstärken sich im Zusammenleben mit einem Partner meine Probleme und Konflikte	3 2 1 0 1 2 3	Meiner Ansicht nach lösen sich mit einem mir entsprechenden Partner alle Probleme und Konflikte
HC8	Ich glaube, daß selbst Freunde mich letztlich nicht ganz verstehen können	3 2 1 0 1 2 3	Ich glaube, daß Freunde mich voll und ganz verstehen können
HC12	Anderen gegenüber bin ich eher vertrauensselig und offen	3 2 1 0 1 2 3	Anderen gegenüber bin ich eher mißtrauisch und distanziert
HC19	Eigentlich erwarte ich, daß Freunde und Bekannte mir nur Probleme und Konflikte bereiten	3 2 1 0 1 2 3	Eigentlich erwarte ich, daß meine Freunde und Bekannte merken, was ich brauche und gerne möchte
HC29	Ich bekomme nichts geschenkt im Leben	3 2 1 0 1 2 3	Ohne eine gute Portion Glück kann ich nichts erreichen

HC33	Ich meine, daß niemand gegen sein Schicksal etwas tun kann	3 2 1 0 1 2 3	Ich meine, es kommt auf mich selbst an, was ich aus meinem Leben mache

HC1: 57% der Alkoholikergruppe antworten in Richtung stärkere Geselligkeit, 32,3% in Richtung "lieber mit sich allein sein", In der Kontrollgruppe sind die beiden Pole etwas schwächer ausgeprägt; 16,2% antworten in Richtung "lieber allein sein", 50,1% in Richtung Geselligkeit. Der Trennschärfekoeffizient (und damit auch der Validitätskoeffizient r = 0,6742) ist hier mit r = 0,6739 relativ hoch. (S. Abb.8,Anhang 2).

HC2: 31,5% der Alkoholiker meinen, daß sich im Zusammenleben mit einem Partner Probleme und Konflikte noch verstärken, während 52,6% annehmen, daß sich mit einem entsprechenden Partner die Probleme lösen lassen. Die Vergleichszahlen in der Kontrollgruppe betragen 16,2% und 50,1%.

HC8: In der Alkoholikergruppe fühlen sich 69,6% von ihren Freunden nicht verstanden, in der Kontrollgruppe sind es dagegen 14%; verstanden fühlen sich dagegen 20,5% der Alkoholiker und 32,3% der Kontrollgruppe. Dieses Item könnte man inhaltlich auch i.S. der Skala Soziale Resonanz verstehen, weil sich die Frage ja mehr auf die Reaktionen der sozialen Umwelt beziehen. Die Korrelation dieses Items mit der Skala Soziale Resonanz könnte die Frage klären.

HC12: Der Pol Offenheit gegenüber anderen ist in beiden Gruppen (61% bzw. 31,6%) etwas stärker ausgeprägt als der Pol "Mißtrauen" (31,1% bzw. 22,8%).

HC19: Die Erwartungshaltung gegenüber Freunden und Bekannten erscheint bei Alkoholabhängigen mit 51,9% der Antworten stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe mit 29.9%. In ähnlicher Weise ist der gegensätzliche

Einstellungspol, daß Freunde eher Probleme bereiten, bei Alkoholikern mit 22,9% stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe mit 12,7%.

HC29: Der Einstellungspol "ich bekomme nichts geschenkt im Leben" ist in beiden Gruppen deutlich stärker ausgeprägt (Alkoholikergruppe 65,4%; Kontrollgruppe 27,5%), während der andere Pol mit 13,7% bzw. 17,6% noch ausreichend häufig besetzt ist, so daß weiterhin von einer Bipolarität gesprochen werden kann. Interessant ist hierbei, daß in der Kontrollgruppe mehr Leute (17,6% versus 13,7%) eine Abhängigkeit von äußeren, meist unbeeinflußbaren Umständen wie Zufall und Glück zeigen als in der Alkoholikergruppe.

HC33: 70,6% der Alkoholiker antworten, daß es hauptsächlich von ihnen selbst abhänge (Kontrollgruppe 66%), was sie aus ihrem Leben machen, während 15,9% glauben, daß niemand gegen sein Schicksal etwas tun kann (in der Kontrollgruppe 8,8%). Die Unterschiede sind hier nur wenig ausgeprägt, was sich auch in dem relativ niedrigen Validitätskoeffizienten zeigt (s.Abb.8,Anhang 2).

Folgerung:

Die Skala erscheint hinsichtlich der Item-Zusammensetzung stark heterogen. Dies wird besonders deutlich bei der Analyse der inneren Konsistenz. Auch durch Entfernung einzelner Items läßt sich der unzureichende Reliabilitätskoeffizient von r = 0,45 nicht verbessern. Dieser empirisch-statistische Sachverhalt weist inhaltlich auf eine Komplexität der Einstellung zur sozialen Umwelt hin, die sich offensichtlich nicht eindimensional auffassen läßt. Außerdem enthält diese Skala als einzige keinen Bezug zum Alkohol. Aus diesen Gründen sollte auf die Erfassung dieser Skalendimensionen im Rahmen dieses mehrdimensionalen, auf Alkohol ausgerichteten Meßinstruments ganz verzichtet werden.

3.2.4.10 Erwartungswerte und empirische Werte der einzelnen Items und Skalen

Bei theoretisch richtiger Konstruktion der bipolaren Items und der bipolaren Skalen wäre zu erwarten, daß die empirischen Werte der Kontrollgruppe näher an dem theoretischen Neutralwert (Mittelwert 4 bei den Einzelitems) und näher am theoretischen Neutralwert der Skalen (Zahl der Items x 4) liegen als die Mittelwerte der Alkoholikergruppe. Bei 35 von 44 Items liegen die Mittelwerte der Alkoholikergruppe weiter vom theoretisch zu erwartenden Mittelwert entfernt als die der Kontrollgruppe; bei 22 dieser Items ist der Unterschied signifikant. (S. Tab.7, Anhang 1). Bei 9 Items ist die Lage jedoch umgekehrt (HC1*, HC6*, HC14*, HC30*, HC33, HC44, HC42, HC43*). Von diesen 9 Items zeigen jedoch nur 5 signifikante Mittelwertsunterschiede der beiden Gruppen (die mit einem Stern versehenen Items).
Bei näherer Analyse dieser Hypothese, daß die Mittelwerte der Alkoholikergruppe extremere Werte annehmen sollten als die der Kontrollgruppe, sind jedoch auch die Varianzen zu beachten. Unter der Voraussetzung heterogener Einstellungen können im Mittelwert die Skalenpositionen der Alkoholikergruppe scheinbar näher am theoretischen Neutralpunkt liegen als die der Kontrollgruppe. Das bedeutet, daß die Hypothese erweitert werden muß, indem ihre Ablehnung erschwert wird durch die zusätzliche Forderung, daß bei höherer Standardabweichung der Alkoholikergruppe aus dem Mittelwertsvergleich keine Schlußfolgerung gezogen werden sollte.
So zeigen sich nur bei zwei dieser Items (HC33: Ich meine, daß niemand gegen sein Schicksal etwas tun kann und HC42: "Man muß auch ohne Alkohol und anderen Mitteln mit Problemen und Konflikten fertig werden" aus der Skala ETRI) keine signifikanten Unterschiede in den Varianzen. Das bedeutet, daß hier tatsächlich davon ausgegangen werden kann, daß die Werte der Alkoholikergruppe näher in der Mitte liegen als die der Kontrollgruppe. Bei Item HC42

ist das Ergebnis dann plausibel, wenn man annimmt, daß die Alkoholabhängigen im Durchschnitt eine stärkere psychische Abhängigkeit vom Alkohol zeigen und noch keine Einstellungsänderungen erfolgt sind. In der Mittelwertverschiebung von Item HC33 drückt sich dagegen eine stärkere Haltung im Sinne einer Unveränderbarkeit des eigenen Schicksals in der Kontrollgruppe aus. Dies ist verständlich, wenn man annimmt, daß Personen der Kontrollgruppe ihr bisheriges Schicksal besser akzeptieren können und weniger Gründe haben, grundlegende Veränderungen herbeizuführen im Gegensatz zu der Gruppe der Alkoholabhängigen. Unter Umständen wird die Beantwortung dieser Items durch die Erkrankung und den Aufenthalt im Krankenhaus beeinflußt. Die Varianzen bzw. Standardabweichungen der Einzelitems unterscheiden sich insgesamt in 36 von 44 Items signifikant im Vergleich Alkoholiker - Kontrollgruppe. Das bedeutet, daß die Heterogenität der Einstellungen in der Alkoholikergruppe wesentlich größer ist als in der Kontrollgruppe. Dies ist wiederum ein Hinweis darauf, daß die Alkoholikergruppe insgesamt nicht als eine einheitliche Gruppe betrachtet werden kann, sondern aus verschiedenen Untergruppen besteht, die sich hinsichtlich Entwicklungsphase und Einstellungen zum Alkoholkonsum voneinander unterscheiden.

Folgerungen:
Im großen und ganzen entsprechen die empirischen Mittelwertsunterschiede den Erwartungen aufgrund theoretischer Überlegungen. Die größere Variabilität und damit auch Heterogenität der Alkoholikergruppe gibt einen Hinweis auf die Existenz verschiedener Untergruppen.

3.2.4.11 Analyse von Antworttendenzen

Die wichtigsten Antworttendenzen oder Antwortstile werden in der Literatur mit den Begriffen Ja-Sage-Tendenz (acquiescence) oder einer Nein-Sage-Tendenz sowie einer Tendenz zur Mitte beschrieben (Seits 1977 , Cronbach 1964, Anastasi 1976). Bei den vorliegenden bipolaren Skalen erscheint vor allem die Tendenz zur Mitte im Sinne einer Weder-Noch Antwort als entscheidender Indikator für Antworttendenzen.

Die Zahl der Weder-Noch Antworten oder der Extrem-Antworten wird hier aber nicht lediglich als Verzerrung der Testwerte verstanden, sondern beinhaltet auch eine konstruktive Information, die mit der Frage der Relevanz oder der Abwehr des Frageinhalts in Zusammenhang steht. Wir können nicht ohne weiteres erwarten, daß eine bei Alkoholabhängigen vorhandene Einstellungsstruktur, die durch eine intensive Zentrierung des Lebens und Verhaltens auf die Droge Alkohol entstanden ist, auch bei Nicht-Alkoholikern anzutreffen ist; auch dann, wenn Nicht-Alkoholiker durch einen Fragebogen aufgefordert werden, eine Stellungnahme abzugeben, kann es sich in Wirklichkeit um eine rein verbale Stellungnahme oder um ein Artefakt handeln, das kaum einen Einfluß hat auf das problematische Verhalten, d.h. hier auf das Trinkverhalten.

Die inhaltliche Bedeutung von Weder-Noch Antworten kann durch verschiedene Haltungen der Probanden begründet sein:

1. Der Proband hat tatsächlich keine Meinung zu der jeweiligen Frage, die angesprochenen Aspekte treffen für ihn nicht zu. Er kann dann entweder eine Weder-Noch Antwort ankreuzen oder dennoch sich für den einen oder anderen Pol entscheiden.
2. Seine Einstellungen liegen genau in der Mitte der Skala oder die Erfahrungen sind wechselhaft und einigermaßen

ausgewogen, so daß kein Einstellungspol dominiert.
3. Der Proband scheut vor einer Festlegung zurück und antwortet deswegen mit Weder-Noch.
4. Der Proband möchte nicht antworten, das Ausfüllen ist ihm lästig; deshalb kreuzt er durchgehend die Antwortkategorie Weder-Noch an.

In Tabelle 8 (Anhang 1) ist pro Skala die Verteilung der Zahl von Weder-Noch Antworten angegeben. Es fällt zunächst auf, daß in allen Skalen die Zahl der Weder-Noch Antworten in der Kontrollgruppe wesentlich höher liegt als in der Alkoholikergruppe. Dies kann einmal mit einem schlampigen oder unwilligen Ausfüllen des Fragebogens durch die Kontrollpersonen zusammenhängen, die die verschiedenen Fragen als für sich nicht relevant erleben und deshalb dazu neigen könnten, Weder-Noch Antworten zu geben im Sinne einer Antworttendenz. Zweitens erscheint es auch plausibel, daß relativ häufig Weder-Noch Antworten tatsächlich der eigenen Einstellung und Erfahrung am besten entsprechen. Und drittens kann auch angenommen werden, daß diejenigen, für die der Beurteilungsaspekt nicht zutrifft, am ehesten Weder-Noch Antworten geben.

Die Verteilung der Gesamtzahl von Weder-Noch Antworten in allen 6 bipolaren Skalen zeigen die Abb. 17u. 18in Anhang 2. Deutlich sind graphisch die linksschiefe Verteilung in der Alkoholikergruppe und die rechtsschiefe Verteilung in der Kontrollgruppe. In letzterer ist die Verteilung besonders flach. Der Modalwert liegt bei der Häufigkeit 12 von 44 Weder-Noch Antworten als der überhaupt möglichen Maximalzahl. Es ist anzunehmen, daß bei diesen 12 Personen eine Antworttendenz vorliegt, die ihre Aussagen eigentlich nicht verwertbar macht.

Es ergibt sich nun die Frage, wieviele Weder-Noch Antworten erlaubt sind, ohne daß der erreichte Skalenwert hinsichtlich seiner Gültigkeit stark in Zweifel gezogen

werden muß. Da keine Außenkriterien für diese Fragestellung zur Verfügung stehen und auch kaum ein direkter Weg vorstellbar ist, wie man zu solchen Außenkriterien kommen könnte, vor allem wegen der Mehrdeutigkeit der Weder-Noch Antworten, so erscheint für jeden einzelnen Probanden,für den die Gültigkeit des Skalenwerts in Frage gestellt wird, eine eigene Interpretation und Entscheidung erforderlich. Bei einer hohen Zahl von Weder-Noch Antworten,z.B. wenn mehr als die Hälfte der Items auf diese Weise beantwortet werden, sollte der Auswerter sich die Frage stellen, ob eine Antworttendenz vorliegt, die darauf hinweist, daß der Proband die Fragen als für ihn nicht relevant betrachtet hat, und inwieweit diese Annahme plausibel gemacht werden kann. Plausibilitätsgründe können sein, daß keine Anzeichen für Alkoholmißbrauch vorliegen oder äußere Gründe wie ungeduldiges Verhalten während der Fragebogenbeantwortung u.ä.m.

3.2.4.12 Reliabilität der Skalen

Die Reliabilität der Skalen wurde nach der Methode der inneren Konsistenz mit dem sogenannten Alpha-Koeffizienten nach Kuder-Richardson bestimmt (vgl. Lienert 1969, Magnusson 1969). Die nachfolgende Tabelle zeigt die Reliabilität jeweils für die Gesamtstichprobe, für die Alkoholikergruppe und für die Kontrollgruppe.

Tabelle 6: Reliabilitätskoeffizienten

Skala	Alk.gr.	Kontr.gr.	Gesamtgruppe
KONTR (4 Items)	0,73553	0,73716	0,78171
PMOT (6 Items)	0,42384	0,33415	0,38865
SEBJ (6 Items)	0,75210	0,83083	0,79491
SOZRES (7 Items)	0,62355	0,34036	0,71979
ETRJ (6 Items)	0,70564	0,75996	0,71366
EUMW (4 Items)	0,39783	0,55770	0,44571
ORG (11 Items)	0,35721	0,41230	0,46726
BES (9 Items)	0,48771	0,79773	0,79441
SYMPTR (10 Items)	0,69058	0,70209	0,86647

Die in der obigen Tabelle angegebenen Reliabilitäskoeffizienten sind Ergebnis einer Reliabilitätsanalyse der ursprünglichen Skalenversionen. Zusammen mit den Ergebnissen der Itemanalyse (s. Abschnitt 3.2.4) erfolgte hauptsächlich eine Kürzung der Skalen (s. Tabelle16, Anhang 1); bei der Skala ETRI wurden zwei Items der Skala KONTR (nämlich HC43 und HC 28) übernommen, die auch inhaltlich sehr gut zu dieser Skala passen. Bei den anderen Skalen erfolgte lediglich eine Kürzung, um die innere Konsistenz deutlich zu verbessern.

Bis auf die Skalen Trinkmotivation (PMOT), Einstellung zur Umwelt (EUMW) und Organische Störungen (ORG) liegen alle übrigen Reliabilitätskoeffizienten für die Gesamt-Stichprobe über 0,7. Die Skala organische Störungen (ORG) nimmt aus mehreren Gründen eine Ausnahmestellung ein: die Daten

beruhen auf Fremdbeurteilung und wurden aus Unterlagen bzw. aus dem Gespräch mit den behandelnden Ärzten übernommen, so daß vermutlich die Zahl der positiven Befunde eher unterschätzt wurde. Grundsätzlich erscheint hier zur Berechnung der Reliabilität eher eine Übereinstimmungs- oder Wiederholungsreliabilität angezeigt. Außerdem haben einige Items dieser Skala keine Besetzungshäufigkeiten vor allem in der Kontrollgruppe, so daß die Berechung des Reliabilitätskoeffizienten problematisch erscheint. Unbefriedigend niedrig sind auch die Reliabilitätskoeffizienten der Skala PMOT (Trinkmotivation) und EUMW (Soziale Einstellung zur Umwelt). Bei der Darstellung der Item-Analyse der Skala PMOT wurde schon auf die Heterogenität der Items hingewiesen.

Diese empirisch-statistische Heterogenität der Items läßt sich inhaltlich am besten verstehen, wenn man annimmt, daß bei ein- und demselben Probanden sowohl Trinkmotive der Beruhigung und Dämpfung als auch solche der Anregung und Aktivierung auftreten können. Im Summenwert kann jedoch immer nur ein Pol in Erscheinung treten und die Bipolarität der Trinkmotive geht verloren. Mit anderen Worten: Bei Alkoholabhängigen liegen oft beide Pole der Anregung und der Dämpfung als Trinkmotive vor, so daß deren Erfassung in einer bipolaren Skala unzureichend ist. Man könnte daraus 2 Skalen mit Ja-Nein Fragen machen oder auch die siebenstufige Ratingskalen zu 2 Skalen der Trinkmotivation halbieren, wobei jeweils die Mitte als Nein-Antwort (oder Null-Antwort) für beide Skalen gerechnet wird. Will man die Skala beibehalten, muß die Zweideutigkeit von Summenwerten im Bereich des theoretischen Neutralwerts im Auge behalten werden.

Zur Skala EUMW wurde schon bemerkt, daß man schon wegen der Komplexität dieses Einstellungsbereichs auf dessen Erfassung im Rahmen dieses alkoholbezogenen Fragebogens verzichten sollte.

Betrachtet man die Reliabilitätskoeffizienten der Alkoholikergruppe und der Kontrollgruppe, so fällt einmal in der Kontrollgruppe der niedrige Wert auf der Skala "Soziale Resonanz bez. Alkoholkonsum auf (r=0,34), während in der Alkoholikergruppe die Reliabilität in dieser Skala r=0,62 beträgt. Umgekehrt verhalten sich die Reliabilitätskoeffizienten der beiden Gruppen für die Skala "Beschwerden und Funktionsstörungen": In der Alkoholikergruppe beträgt hier die Reliabilität nur 0,49, während in der Gesamtgruppe ein Wert von 0,79 erreicht wird.

Folgerungen:
Bis auf die Skalen ORG, PMOT und EUMW erscheinen die Reliabilitäten für die Gesamt-Stichprobe insgesamt ausreichend. Es ist nicht zu erwarten, daß bei den bipolaren Skalen ebenso hohe Reliabilitätskoeffizienten zu erreichen sind wie bei Ja-Nein Items mit ausreichenden Besetzungshäufigkeiten und größerer Anzahl von Items pro Skala.

3.2.4.13 Zusammenfassende Interpretation der Skalenwerte

Die inhaltliche Bedeutung der Skalenwerte wird nun in Form einer Übersicht dargestellt.
Skala 1: Organische Störungen (ORG)
Je höher der Summenwert, desto mehr somatische, wahrscheinlich mit dem Alkoholmißbrauch in Zusammenhang stehende Störungen sind bei dem betreffenden Probanden aufgetreten.

Skala 2: Beschwerden und Funktionsstörungen (BES)
Je höher der Summenwert, desto mehr vermutlich alkoholbedingte psychovegetative Störungen und Beschwerden treten auf.

Skala 3: Symptomatisches Trinkverhalten (SYMPTR)
Je höher die Punktzahl, desto pathologischer im Sinne der Alkoholabhängigkeit ist das Trinkverhalten einzustufen.

Skala 4: Personorientierte Trinkmotivation (PMOT)
Je höher die Punktwerte, desto mehr steht die Funktion der Beruhigung und Dämpfung als Trinkmotivation im Vordergrund.

Skala 5: Selbstbild unter Alkohol (SEBI)
Je höher der Punktwert, desto stärker, selbstbewußter, freier und gelöster fühlt sich der Alkoholkonsument unter der akuten Einwirkung von Alkohol.

Skala 6: Kontrollfähigkeit des Trinkens (KONTR)
Je höher der Punktwert, desto besser und wichtiger ist die Einschätzung der eigenen Kontrollfähigkeit bezüglich des Alkoholkonsums.

Skala 7: Soziale Resonanz bezüglich Alkoholkonsum (SOZRES)
Je höher der Summenwert, desto negativer sieht der Proband die soziale Resonanz bezüglich seines Alkoholkonsums.

Skala 8: Einstellung zur Veränderung des Trinkverhaltens (ETRI)
Je höher der Summenwert, desto geringer ist die Bereitschaft, das eigene Trinkverhalten einzuschränken und zu verändern.

Skala 9: Einstellung zur sozialen Umwelt (EUMW)
Je höher der Summenwert, desto offener und positiver eingestellt ist der Proband gegenüber seiner sozialen Umwelt.

3.2.4.14 Standardisierung und Normierung der Skalen

Merkmalsskalen haben oft unterschiedliche weite oder enge Abstufungen (bei Intervall- u. Verhältnisskalen); außerdem weisen bestimmte Skalenbereiche unterschiedliche Häufigkeiten auf, z.B. ist der Mittelbereich einer Skala oft dichter besetzt als die Randbereiche. Aus diesen Gründen sind Skalenwerte auf verschiedenen Skalen oder auf derselben Skala in unterschiedlichen Skalenbereichen, von ein- und demselben Probanden oder von verschiedenen Probanden in der Regel nicht direkt miteinander vergleichbar.

Durch einen bestimmten Skalenwert ist eine bestimmte Rangposition in der Verteilung festgelegt. Der gleiche Skalenwert in einer anderen Verteilung bedeutet jedoch u.U. eine unterschiedliche Rangposition. Durch eine Standardisierung sollten gleiche Skalenwerte auch gleiche Rangpositionen in der jeweiligen Verteilung bedeuten. Unter der Standardisierung einer Variablen versteht man dann die Transformation einer Merkmalsvariablen auf einen bestimmten Skalentyp z.B. mit einem festen Mittelwert und einer bestimmten Standardabweichung wie bei der bekannten Z-Transformation mit einem Mittelwert von 0 und einer Standardabweichung von 1 oder der Bestimmung von Percentilen, welche jeweils durch den Prozentsatz von Probanden mit einem solchen oder noch kleineren Wert bestimmt sind (vgl. Magnusson 1969).
Bei einer Standardisierung stellt sich auch die Frage, welche Stichprobe(Alkoholiker, Kontrollpersonen, Gesamtstichprobe) der vorliegenden Untersuchung zur Standardisierung herangezogen werden kann. Da für den Anwendungsbereich der Vergleich eines individuellen Testwerts mit der Alkoholikergruppe am wichtigsten erscheint und die vorliegende Alkoholikerstichprobe aufgrund ihrer Zusammensetzung aus unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen als repräsentativ für die Alkoholikerpopulation angesehen werden kann, sollte für eine solche Standardisierung die Alkoholikergruppe verwendet werden. Wegen der Konzeption der Einstellungsskalen als bipolare Skalen mit einem theoretischen Neutralwert kann auch an eine stichprobenunabhängige Standardisierung in T-Werte gedacht werden (Vgl. Schlosser 1976).Vorteile einer solchen, in der Literatur ungewöhnlichen Standardisierung bestehen vor allem in der Stichprobenunabhängigkeit und in der Überlegung, daß mittlere Einstellungen einer bestimmten Gruppe i.a. nicht mit dem

Neutralwert der Einstellungsskala zusammenfallen und diese Unterschiede zum Neutralwert durch die meist übliche stichprobenabhängige Standardisierung verdeckt werden. Wir haben uns deshalb entschlossen, beide Formen der Standardisierung durchzuführen und für die Entwicklung eines Auswertungsbogens die stichprobenunabhängige Standardisierung zu verwenden.

Voraussetzung für eine solche Standardisierung einer Merkmalsskala sind nach Schlosser (1976): 1. ein Punktsymmetrischer Aufbau mit der Skalenmitte als Symmetriepunkt; 2. die Extremwerte einer solchen Skala sollen extrem positive oder negative Merkmalsausprägungen darstellen; und 3. der Skalenmitte soll die Bedeutung mittelmäßig oder indifferent zukommen.

Bei den bipolaren Skalen handelt es sich, wie bereits dargestellt, um Einstellungsskalen mit einem positiven und negativen Pol, einem Minimal- und einem Maximalwert sowie einem theoretischen Mittelwert mit der Bedeutung "weder-noch" oder "trifft nicht zu". Die Verteilungsform ist einmal durch einen Minimal- und Maximalwert bestimmt. Zusätzlich muß jedoch noch eine weitere Annahme getroffen werden. Die Annahme einer Normalverteilung erscheint hier sinnvoller als die Annahme einer Gleichverteilung und läßt sich durch die Skalenverteilung sowohl in der Alkoholikergruppe als auch in der Kontrollgruppe begründen (siehe Abb. 12 bis 16, Anhang 2).

Die Bedeutung für die theoretischen Mittelwerte kann nicht darin liegen, daß für eine repräsentative Stichprobe ein empirischer Mittelwert erwartet werden könnte, der mit dem theoretischen Mittelwert übereinstimmt. Z.B. ist auf der Skala Kontrollfähigkeit eher zu erwarten, daß die eigene Kontrollfähigkeit von Normaltrinkern als gut eingestuft wird. Die theoretischen Mittelwerte markieren hier lediglich neutrale oder unentschiedene "weder-Noch"

Positionen; sie verkörpern auf keinen Fall eine Norm für stabiles kontrolliertes Trinken.
Plausibel erscheint die Annahme, daß Werte im Mittelbereich häufiger sind als Extremwerte, wie die Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte für die Alkoholiker- und Kontrollgruppe auch zeigen (s. Abb. 12 bis 16, Anhang 2). Dies gilt zumindest für die Extrembereiche der Skalen. Der Mittelbereich der Skalen ist auch besonders wahrscheinlich bei Probandengruppen ohne Erfahrung im Umgang mit Alkohol.
Von den verschiedenen Möglichkeiten für eine Standardisierung erschien eine Transformation in T-Werte mit einem Mittelwert von 50 und einer Standardabweichung von 10 am günstigsten. Die Standardisierung erfolgte nach der Formel:

$$X_T = \frac{X_{RW} - M_{theor}}{S_{theor}} \times 10 + 50$$

X_{RW} = Rohwert eines Pb. auf einer bestimmten Skala

M_{theor} = theoretischer Mittelwert der Skala

S_{theor} = theoretische Standardabweichung der Skala

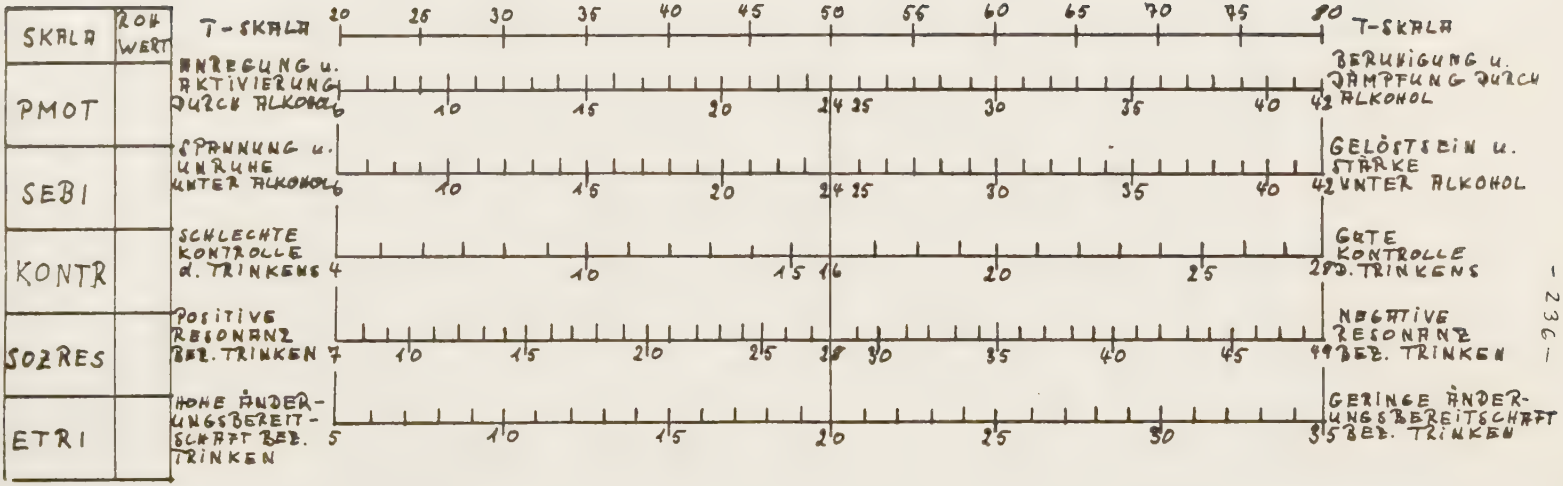
Die stichprobenunabhängigen theoretischen Standardabweichungen wurden unter der Annahme einer Normalverteilung und der weiteren Festsetzung, daß zwischen dem Minimal- und dem Maximalwert einer Skala 99,73 Prozent* der Stichprobe liegen, in folgender Weise berechnet:

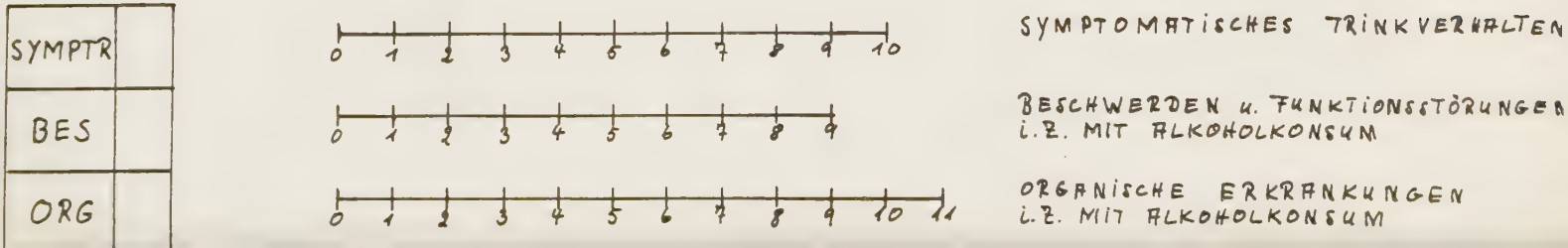
$$S_{theor} = \frac{Xmax - Xmin}{2 \times 3}$$

*Dem entspricht 2x3 Standardabweichungen

Die Werte dieser theoretischen stichprobenunabhängigen Standardabweichung je Skala sind in Tabelle 10 (Anhang 1) zusammengestellt.
Die Ergebnisse sowohl der stichprobenunabhängigen Standardisierung als auch der empirischen, auf die Alkoholikergruppe bezogene Standardisierung sind in den Tabellen 9a,b,c (Anhang 1) dargestellt. Außerdem sind dort noch Percentil-Normen bezogen auf die Alkoholikergruppe aufgeführt.
Die nachfolgende Abbildung (siehe nächste Seite) stellt einen Auswertungsbogen dar, auf dem die Rohwerte eingetragen werden und die zugehörigen T-Werte ablesbar sind.
Die 3 Skalen mit Ja-Nein Fragen wurden nicht standardisiert. Wegen der extrem einseitigen Verteilung kommt weder eine empirische Standardisierung in Frage, noch läßt sich eine theoretische Standardisierung begründen und sinnvoll durchführen. Deshalb werden bei diesen Skalen nur die Rohwerte eingetragen, eine Vergleichbarkeit ist über Percentil-Normen möglich. Um einen Vergleich eines individuellen Testwertes oder des Testmittelwertes einer bestimmten Untersuchungsgruppe zu ermöglichen, können die Skalenwerte auch mit einer Prozentrangskala der vorliegenden Alkoholikerstichprobe und der Kontrollgruppe verglichen werden.(S. Tabelle 9d, Anhang 1). Da die Kontrollgruppe sich aus somatisch Kranken zusammensetzt, kann sie nicht als repräsentativ für Normaltrinker angesehen werden. Die Alkoholikergruppe erscheint wegen der Auswahl aus verschiedenen Behandlungseinrichtungen einigermaßen repräsentativ für Alkoholabhängige, die sich bereits in Behandlung befinden.

Abb.16: MDA - AUSWERTUNGSBOGEN





3.2.5 Ergebnisse der Skalenwerte

3.2.5.1 Fehlende Werte

Für die weitere Skalenauswertung ist die Frage grundlegend, ob und gegebenenfalls wie mit fehlenden Werten umgegangen werden soll. Das Ausmaß fehlender Werte in der Alkoholiker- und der Kontrollgruppe zeigt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 7: Verteilung der fehlenden Werte (Alkoholikergruppe)

	Zahl fehlender Werte in den Skalen									
Skala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
KONTR	154	5	1	1	1	1	1	9		
SEB I	152	7	1	1	1	1	1	2	6	
ETR I	156					4	8			
PMOT	149	8	1	4	1		1	8		
SOZRES	150	9			2		1		2	8
EUMW	153	4		3	1	3	2	6		

Im Trend zeigt sich, daß Probanden mit fehlenden Werten (in der Alkoholikergruppe sind es 4 bis 9 Probanden pro Skala) meist entweder nur einen fehlenden Wert pro Skala aufweisen oder aber alle Werte in der Skala fehlen. Nur bei relativ wenigen Probanden fehlen mehrere Werte pro Skala. Bei der geringen Item-Zahl erscheint ein fehlender Wert pro Skala noch tragbar, wenn man ihm den Wert 4 der Weder-Noch Antwortkategorie zuweist. Exakt begründen läßt sich diese Faustregel jedoch nicht, auch wenn sie für die Praxis vertretbar erscheint, wenn man die Zahl der Items pro Skala (z.w. 4 und 7) berücksichtigt. Wir haben jedoch im folgenden darauf verzichtet, Skalenwerte zu berück-

sichtigen, bei denen ein Item-Wert fehlt.

3.2.5.2 Vergleich der Alkoholikergruppe und der Kontrollgruppe

Eine statistische Betrachtung der Mittelwerte zeigt, daß in allen Skalen noch signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Gruppen auftreten. ($p \leq 0{,}01\%$, Tab.7, Anhang 1). Inhaltlich ergeben sich nun zwischen Alkoholikern und Kontrollpersonen im Durchschnitt folgende Unterschiede:

1. Ja-Nein Skalen: Auf den Skalen Organische Erkrankungen, Beschwerden und Funktionsstörungen sowie Symptomatisches Trinkverhalten sind natürlich die Skalenmittelwerte in der Alkoholikergruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe, wie aus Anhang 1 deutlich hervorgeht. Die Verteilungsform ist klar links bzw. rechtsschief. Wie zu erwarten, sind die Werte für symptomatisches Trinkverhalten in der Kontrollgruppe sehr niedrig.
2. Bipolare Skalen:
   Kontrollfähigkeit des Trinkens:
   Hier liegt der Mittelwert der Kontrollgruppe (13,1) auf der rechten Seite des theoretischen Neutralwerts von 16 und der Mittelwert der Alkoholikergruppe links davon mit einem Wert von 19,4. Das bedeutet, wie nicht anders zu erwarten, daß die eigene Kontrollfähigkeit von Alkoholikern hoch signifikant schlechter eingeschätzt wird als die von Normaltrinkern. Aber 28,4% der Alkoholiker, d.h. ein Viertel, liegen über dem theoretischen Neutralwert und schätzen demnach ihre Kontrollfähigkeit günstig bis eher gut ein. Immerhin noch 19,4% erreichen höhere Skalenwerte als der Mittelwert der Kontrollgruppe. Es ist anzunehmen, daß diese Teilgruppe von Alkoholabhängigen mit positiver Einschätzung ihrer Kontrollfähigkeit insgesamt weniger Therapiebereitschaft zeigen und häufiger

zu Rückfällen und Therapieabbrüchen neigen.
Selbstbild unter Alkohol:
In der Profildarstellung fällt zunächst auf, daß die beiden Mittelwerte auf derselben Seite des theoretischen Neutralwertes liegen. Dabei ist jedoch der Mittelwert der Kontrollgruppe deutlich näher am theoretischen Neutralwert der Skala als der Mittelwert der Alkoholikergruppe.
Inhaltlich bedeuten die Ergebnisse, daß Alkoholiker sich im Durchschnitt unter Alkohol freier und gelöster sowie entspannter erleben, während Normaltrinker die Alkoholwirkung durchschnittlich mehr indifferent, wenn auch leicht positiv und entspannend erleben.
Schaut man sich die Verteilung der Skalenwerte an, dann hat doch ein beträchtlicher Teil der Alkoholabhängigen, nämlich 13,6%, den Eindruck, daß sie unter Alkohol angespannter, weniger Wert, verschlossener u.ä.m. sind.
Dabei stellt sich die Frage, ob dieses Erleben tatsächlich unter Alkohol auftritt oder ob es lediglich eine nachträgliche Uminterpretation eines eigentlich positiven Erlebens z.B. wegen späterer Schuldgefühle darstellt.
Wie jedoch verschiedene experimentelle Untersuchungen über die Alkoholwirkung deutlich machen (s. Abschnitt 2.5), treten Erlebnisse zunehmender Spannung sowie depressive Zustände auch unter Alkohol auf, so daß das Ergebnis eines negativen Erlebens der Alkoholwirkung nicht auf spätere reaktive Momente gegenüber dem Alkoholmißbrauch allein zurückgeführt werden kann. Vermutlich ist dieses Erleben psychodynamisch als kartarthischer Effekt anzusehen, der letztlich doch zu einer Entspannung führt, nachdem eine Reihe aversiver Gefühle und Zustände durch die Alkoholwirkung leichter zum Ausdruck gebracht, und damit die affektive Spannung abgeführt worden ist. Auch ein beträchtlicher Teil der Normaltrinker, nämlich 15,7%, erleben sich unter Alkohol

mehr negativ im Sinne von müde, depressiv und angespannt.

Personorientierte Trinkmotivation:
Im Durchschnitt kommt der Alkoholwirkung der Beruhigung, der Sedierung und Dämpfung eine etwas stärkere Funktion zu als bei der Kontrollgruppe, wenn auch bei Normaltrinkern diese Funktionen häufiger auftreten als der Gegenpol der Aktivierung und Anregung. Es läßt sich also sagen, daß sowohl in der Alkoholikergruppe, wenn auch stärker ausgeprägt, als auch in der Kontrollgruppe, die sedierende Funktion des Alkohols überwiegt. Die gegenteilige Wirkung des Alkohols tritt immerhin bei 32,9%, also etwa bei einem Drittel der Alkoholabhängigen auf. (Dabei wurde der theoretische Mittelwert von 24 als Trennpunkt der bipolaren Wirkung angenommen). In der Kontrollgruppe sprechen dagegen nur 13,3% von der anregenden Wirkung des Alkohols gegenüber 21,1% von der überwiegend sedierenden Wirkung des Alkohols.

Soziale Resonanz bezüglich Alkoholkonsum:
Die soziale Resonanz bezüglich Alkoholtrinken ist bei der Alkoholikergruppe im Mittelwertvergleich deutlich negativ mit einer doppelt so hohen Streuung als in der Kontrollgruppe. Doch erleben immerhin noch 11,8% der Alkoholabhängigen die soziale Resonanz bezüglich ihres Trinkens als positiv. Diese Gruppe von Alkoholabhängigen dürfte deshalb von diesem Aspekt aus betrachtet wenig Motivation zur Änderung ihres Trinkverhaltens, vor allem zur Abstinenz und zur Therapiebereitschaft zeigen. Wenn dann noch alkoholbedingte organische Störungen fehlen, hat diese Teilgruppe vermutlich eine äußerst ungünstige Prognose.

Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens:
Im Durchschnitt sprechen die Mittelwerte in beiden Gruppen für das Vorliegen einer grundsätzlichen Veränderungsbe-

reitschaft bezüglich des Alkoholkonsums. In der Alkoholikergruppe ist die Veränderungsbereitschaft jedoch hochsignifikant stärker ausgeprägt. Jedoch zeigen 27,6% keine solche Änderungsbereitschaft, bei der Kontrollgruppe sind es nur 7%.
Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Alkoholiker sich in allen 8 Skalen von der Kontrollgruppe unterscheiden. Im einzelnen zeigte sich folgendes:
Alkoholiker
- haben deutlich mehr organische Störungen;
- zeigen mehr psychovegetative Beschwerden;
- weisen mehr pathologisches Trinkverhalten auf;
- zeigen eine niedrigere Kontrollfähigkeit bezüglich des Alkoholkonsums;
- geben mehr Trinkmotive an oder beurteilen diese als stärker ausgeprägt;
- haben ein deutlich freieres, mit dem Gefühl der Stärke verbundenes Selbstbild unter akuter Alkoholeinwirkung;
- zeigen eine klar negativere soziale Resonanz;
- haben eine etwas höhere Bereitschaft, ihr Trinkverhalten zu verändern;
- sind gegenüber ihrer sozialen Umwelt insgesamt zurückhaltender und mißtrauischer eingestellt.

3.2.5.3 Trennfähigkeit der Skalen hinsichtlich der Unterscheidung Alkoholiker versus Normaltrinker

Zur Frage der Trennfähigkeit der 8 Skalen bezüglich der Diagnose Alkoholismus versus Nichtalkoholismus wurden mehrere Diskriminanzanalysen berechnet. Als erstes seien die Ergebnisse zur Diskrimination der Alkoholiker und der Nichtalkoholiker mit Hilfe der 5 bipolaren Skalen dargestellt. Zur Einteilung in Alkoholiker und Nichtalkoholiker wurde die MALT-Diagnose verwendet.

Tabelle 8: Diskriminanzanalyse für Alkoholiker und Nichtalkoholiker (definiert durch die MALT-Diagnose) mit den 5 bipolaren Skalen als Prädiktorvariable

abhängige Variable: Malt-Diagnose (alkoh. vs. Nichtalk.)
unabhängige Variable (Prädiktoren): 5 bipolare Skalen

Skala	standard. Koeff. der Diskriminazfunktion
KONTR	- 0.38135
SEBI	0.39615
SOZRES	0.62796
PMOT	- 0.20341
ETRI	- 0.04358

Klassifikation: (Probanden mit einem MALT-Gesamtwert im Verdachtsbereich "Alkoholismus" wurden ausgeschlossen)

tatsächliche Gruppenzugehörigkeit (nach MALT)	diskriminanzanalytische Gruppenzuordnung Nichtalk.	Alk.
Nichtalk. n=65	63 96,9%	2 3,1%
Alkoholiker n=112	29 25,9%	83 74,1%

Zahl der richtigen Klassifikation: 82,49%.

In der Diskriminationsgleichung hat die Skala Soziale Resonanz deutlich das größte Gewicht, gefolgt von den Skalen Selbstbild unterAlkohol, Kontrollfähigkeit und der Trinkmotivation. Das deutlich geringste Gewicht hat die Skala Veränderungsbereitschaft des Trinkens. 82,5% der Gesamtgruppe werden durch diese 5 bipolaren Skalen richtig klassifiziert.

Tabelle 9: Diskriminanzanalyse für Alkoholiker und Nichtalkoholiker nach den MALT-Ergebnissen

abh. Variable : MALT-Diagnose (Alkoh., Nichtalkoh.)
unabh. Variable : 8 Skalen

Skala	standard.Koeff.d. Diskriminanzfunktion
KONTR	0,07922
SEBI	-0,02528
SOZRES	-0,22690
PMOT	0,07243
ETRI	0,14513
ORG	-0,57816
BES	-0,14369
SYMPTR	-0,76659

Klassifikation:

tatsächl. Gruppenzugehörigkeit (nach MALT)	diskrim. Gruppenzuordnung	
	Nichtalk.	Alkoholiker
Nichtalk. n=64	62 96,9%	2 3,1%
Alkoholiker n=112	11 9,8%	101 90,2%

Zahl der richtigen Klassifikation : 92,61%

Multiple Korrelation (aus Regressionsanalyse): R = 0,91497

Wenn man alle 8 Subskalen in die Diskriminationsanalyse mit einbezieht, so zeigt die Skala Symptomatisches Trinkverhalten deutlich das größte Gewicht, in weitem Abstand gefolgt von den Skalen Organische Störungen, Soziale Resonanz, Veränderungsbereitschaft des Trinkverhaltens und Beschwerden und Funktionsstörungen. Unbedeutend hierbei sind die Skalen Selbstbild unter Alkohol, Kontrollfähigkeit und Trinkmotivation, die offensichtlich kaum etwas für die jeweilige Skala Spezifisches zur Trennfähigkeit beitragen. Die Zahl der richtigen Klassifikation beträgt 92,6%, wobei wiederum die MALT-Diagnose als Außenkriterium verwendet wurde.

Ein relativ hoher Prozentsatz von 9,8% der Alkoholabhängigen wurde fälschlicherweise als Nicht-Alkoholiker klassifiziert (falsch negative Diagnosen); bei Verwendung der 5 bipolaren Skalen sind es bereits 25,9% falsch negative Diagnosen.

Die Zahl der falsch positiven Diagnosen liegt bei der Klassifikation mit 8 Skalen mit 3,1% sehr niedrig und beträgt bei Einbeziehung nur der 5 bipolaren Skalen ebenfalls 3,1%.

Daraus ergibt sich für die Klassifikation bzw. Trennfähigkeit der Fragebogendimensionen hinsichtlich Alkoholiker und Nichtalkoholiker, daß für eine rein diagnostische Klassifikation lediglich alle 8 Skalen verwendet werden sollten; die Einstellungsskalen allein reichen dazu nicht aus.

3.2.5.4 Korrelative Zusammenhänge der Skalen und ihre Interpretation mit Hilfe einer Pfadanalyse

3.2.5.4.1 Interkorrelationen der Skalen

Hohe Korrelationen ($r \leq 0,5$) ergeben sich in der Gesamtgruppe zwischen den Skalen SYMPTR und BES ($r=0,8662$), SYMPTR und KONTR ($r=0,6045$) und BES und KONTR ($r=0,5280$; (s.Tabelle 11 Anhang1). Starke Zusammenhänge bestehen auch zwischen der Skala Soziale Resonanz (SOZRES) einerseits und den Skalen BES ($r=0,56$), SYMPTR ($r=0,6009$) und KONTR ($r=0,5204$) andererseits. Weitere deutliche Zusammenhänge zeigen sich zwischen den Variablen SYMPTR und SEBI ($r=0,4814$), BES und SEBI ($r=0,3930$), ETRI und SEBI ($r=0,4185$) und ETRI und EUMW ($r=0,3470$). Keine signifikanten Korrelationen bestehen zwischen den Skalen ORG einerseits und den Skalen SEBI, PMOT, ETRI und EUMW andererseits sowie zwischen den Skalen SEBI und EUMW. Damit wird hier die Skala ORG auffällig, deren differenziertere Zusammenhänge mit den anderen Skalen später noch mit Hilfe der multiplen Regressionsanalyse genauer abgeklärt wird.
Interessant erscheinen die engen Zusammenhänge zwischen den Skalen KONTR, BES, SYMPTR und SOZRES. Plausibel ist die korrelative Beziehung zwischen SYMPTR als den bei sich beobachteten Trinkverhaltensweisen und KONTR als der subjektiv eingeschätzten Kontrollfähigkeit bzw. des Alkoholkonsums. Die Zusammenhänge zwischen KONTR und den oben erwähnten Skalen lassen sich am besten in der Weise interpretieren, daß die Einschätzung der eigenen Kontrollfähigkeit bedingt ist durch die Soziale Resonanz (SOZRES), die Beschwerden und Funktionsstörungen (BES) und der Selbstbeobachtung typisch abhängigen Trinkverhaltens.
Der Zusammenhang zwischen der Veränderungsbereitschaft des Trinkens (ETRI) und dem Selbstbild unter Alkohol bedeutet, daß je positiver das Selbstbild unter Alkohol ist,

desto geringer ist die Veränderungsbereitschaft des Trinkens.
Betrachtet man die korrelativen Zusammenhänge in der Alkoholikergruppe allein (s. Tabelle 13 , Anhang 1), so zeigen sich doch beträchtliche Unterschiede zur Gesamtgruppe und zur Kontrollgruppe hinsichtlich der insgesamt deutlich geringeren Korrelationen. Deutlich wird wiederum, daß die Skalen KONTR, BES und SYMPTR miteinander hoch korrelieren. Die Skala SYMPTR steht darüberhinaus in einer deutlichen Beziehung zur Skala SEBI (r=0,3187), SOZRES (r=0,3074) und ETRI (0,3011). Die Skala KONTR weist auch noch einen starken Zusammenhang mit SOZRES (0,3821) und ETRI (0,3197) auf. Zwischen EUMW und ETRI ergibt sich ein korrelativer Zusammenhang von r=0,3505 (Korrelationen von $<0,3$ wurden in der Darstellung nicht berücksichtigt).
In der Kontrollgruppe ist der Zusammenhang zwischen den Skalen KONTR, BES und SYMPTR weniger deutlich ausgeprägt. Dagegen sind die Korrelationen der Skalen ORG mit verschiedenen Skalen (vor allem mit SYMPTR, PMOT und ETRI) deutlich höher. Zusammenhänge ergeben sich auch zwischen den Skalen SYMPTR und PMOT (-0,3633), KONTR und ETRI (-0,5844), KONTR und EUMW (0,3342) sowie zwischen SEBI und SOZRES (-0,3258) (s. Tabelle 12, Anhang 1).
Als Globalergebnis wichtig erscheint, daß die Interkorrelationen insgesamt in der Alkoholikergruppe niedriger liegen und damit auf eine größere Heterogenität der alkoholbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen hinweisen.

3.2.5.4.2 Pfadanalyse

Vor der Darstellung empirischer Ergebnisse der Pfadanalyse scheint es erforderlich, das Vorgehen der Pfadanalyse allgemein und speziell in der vorliegenden Untersuchung ge-

nauer zu beschreiben und die zugrundeliegenden Annahmen zu analysieren.
Die Pfadanalyse versucht mittels multipler Regressionsanalysen und verschiedener Annahmen über Kausalbeziehungen zwischen den erfaßten Variablen auf kausale Beziehungen zu schließen oder wahrscheinlich zu machen, d.h. ein kausales Modell der Variablen zu entwickeln. Das Spezifische dieser Methode ist eine Verknüpfung theoretischer Vorstellungen und Modellbildung einerseits mit korrelationsstatistischen, empirischen Zusammenhängen andererseits.
Ein eindeutig kausalanalytischer Schluß wie bei einer experimentellen Versuchsanordnung läßt sich jedoch daraus nicht ableiten. Zwei Grundannahmen werden bei einer Pfadanalyse gemacht (vgl.Nie et al 1975 u.a.):
1. Die Annahme einer schwachen Kausalität: Dies bedeutet, daß im Vorhinein Vorstellungen vorhanden sein müssen über die Kausalrichtung zwischen zwei Variablen. Nur dann kann empirisch bestimmt werden, ob eine solche Beziehung besteht oder nicht besteht. Die Richtung der Wirkbeziehung kann bekanntlich durch korrelative Beziehungen nicht bestimmt werden, sondern muß theoretisch oder empirisch durch andere Untersuchungen belegt werden.
Die Bestimmungen der Kausalrichtung wird als "schwache Kausalität" bezeichnet. Sie stößt auf beträchtliche Schwierigkeiten, weil im psychischen Bereich fast immer mit Rückkopplungsprozessen zu rechnen ist. Am besten läßt sich dieses Problem noch lösen, wenn deutlich zeitliche Unterschiede zwischen 2 Variablen bestehen, so daß daraus auf eine Wirkrichtung geschlossen werden kann. Beispielsweise kann der Zusammenhang zwischen der sozialen Resonanz und der Einstellung bezüglich einer Veränderung des Trinkverhaltens grundsätzlich als wechselseitig angesehen werden. Plausibel erscheint, daß eine negative soziale Resonanz

bezüglich Alkoholtrinken einen Einflußfaktor für die Bereitschaft zur Veränderung des Trinkverhaltens darstellt. Wenn aber umgekehrt die Veränderungsbereitschaft zum Alkoholtrinken auf die soziale Resonanz wirken soll, dann läßt sich das nur schwer in direkter Weise vorstellen, ohne daß nicht einige Zwischenvariable wie exzessiver Alkoholkonsum, aversives Sozialverhalten, Nachlassen der Leistungsfähigkeit u.a. angenommen werden muß; oder umgekehrt bei hoher Veränderungsbereitschaft, z.B. im Sinne der Alkoholabstinenz, müssen vermutlich Variable wie ein verbessertes Sozialverhalten, Anstieg der Leistungsfähigkeit u.a.m. dazwischengeschaltet sein, damit es zu einer verbesserten Sozialen Resonanz kommt. Auf diese Weise läßt sich begründen, daß die Kausalrichtung vorwiegend von der sozialen Resonanz hin zur Veränderungsbereitschaft des Trinkens geht, zumindest bei den hier erfaßten Alkoholikern, die alle noch in Behandlung stehen, so daß eine größere Veränderungsbereitschaft sich vermutlich noch nicht auf positive Rückmeldungen des sozialen Umfeldes auswirken konnte.

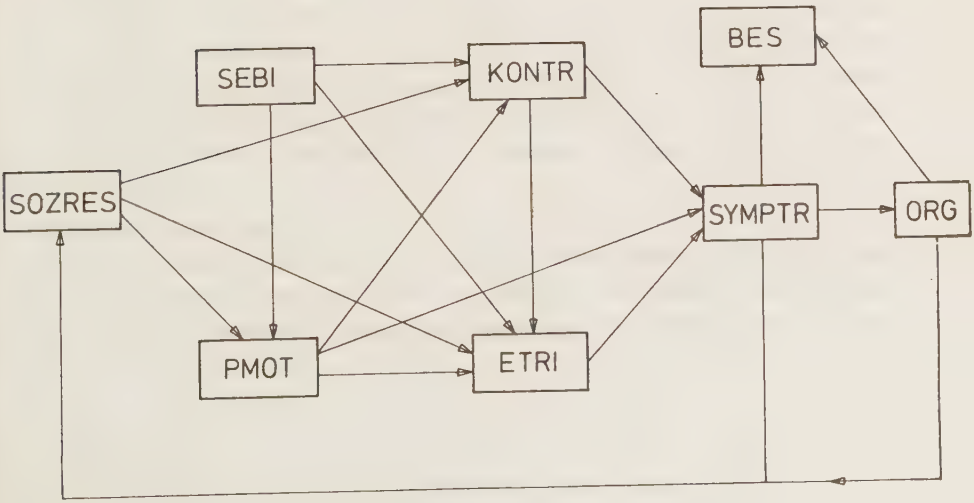
2. Die Annahme der kausalen Geschlossenheit

Kausal geschlossen ist ein System von pfadanalytischen Beziehungen dann, wenn nicht erfaßte Variable außerhalb des Systems nicht gleichzeitig auf zwei oder mehr Variable des Systems einwirken können, so daß eine Beziehung nicht durch die Kausalrichtung zwischen den beiden Variablen selbst, sondern durch den Einfluß einer beiden gemeinsamen dritten Variablen erklärt werden kann. Diese Annahme ist für das vorliegende System von Variablen schwer zu begründen. Die ausgesuchten Skalendimensionen beschränken sich fast ausschließlich auf den Bezug zum Alkohol. Nun erscheint es plausibel, daß allgemeine Konflikte und Einstellungen, z.B. Internalisierung sozialer Normen, einen

Einfluß auf diese alkoholbezogenen Variablen haben. Damit kann strenggenommen hier nicht von einer kausalen Geschlossenheit ausgegangen werden. Der systemtheoretische Modellansatz, welche der Skalenentwicklung zugrundeliegt, kann nur partiell als kausal geschlossen angesehen werden. Im psychosozialen Bereich (siehe SOZRES) und bezüglich des Drogeneinflusses (siehe SEBI, PMOT) erscheinen bez. des Alkoholkonsums die globalen Inputvariablen erfaßt, im System der Person werden aber wichtige Bereiche, wie z.B. eine neurotische oder soziopathische Disposition nicht einbezogen. Diese Variablenkomplexe können jedoch solche gemeinsame dritte Variable darstellen, die z.B. sowohl auf die Trinkmotivation als auch auf die Veränderungsbereitschaft des Trinkens und auf das Selbstbild unter Alkohol einwirken. Dennoch erscheint eine Pfadanalyse sinnvoll, weil sie am besten Aufschluß über das Zusammenwirken der verschiedenen Skalen gibt, auch wenn eine kausalanalytische Interpretation aus den oben genannten Gründen problematisch erscheint.

Für den Zusammenhang der verschiedenen Skalen wird nun von folgendem Wirkmodell ausgegangen:

Abb. 17: Hypothetisches Wirkmodell



Ausgangspunkte des Modells sind die Dimensionen Soziale Resonanz bez. Alkoholtrinken, sowie das symptomatische Trinkverhalten. Die soziale Resonanz (SOZRES) wirkt in direkter Weise auf die Variablen Trinkmotivation, Kontrollfähigkeit und Veränderungsbereitschaft des Trinkens und wird selbst in hohem Maße durch das symptomatische Trinkverhalten beeinflußt. Die Variable Selbstbild unter Alkohol erscheint durch die anderen Variablen des Systems kaum beeinflußbar, wirkt aber ihrerseits auf die Variablen PMOT, ETRI und KONTR. Die Trinkmotivation wird in einem direkten Bezug zur Kontrollfähigkeit gesehen. (Je stärker eine positive Trinkmotivation, desto geringer die Kontrollfähigkeit). Eine wichtige Position nimmt die Variable Veränderungsbereitschaft des Trinkens insofern ein, als sie in direkter Weise von allen anderen bipolaren Variablen beeinflußbar erscheint. Ihrerseits wirkt ETRI auf die Ausgangsvariable symptomatisches Trinkverhalten ebenso wie die Variable KONTR und PMOT.

Empirische Ergebnisse:

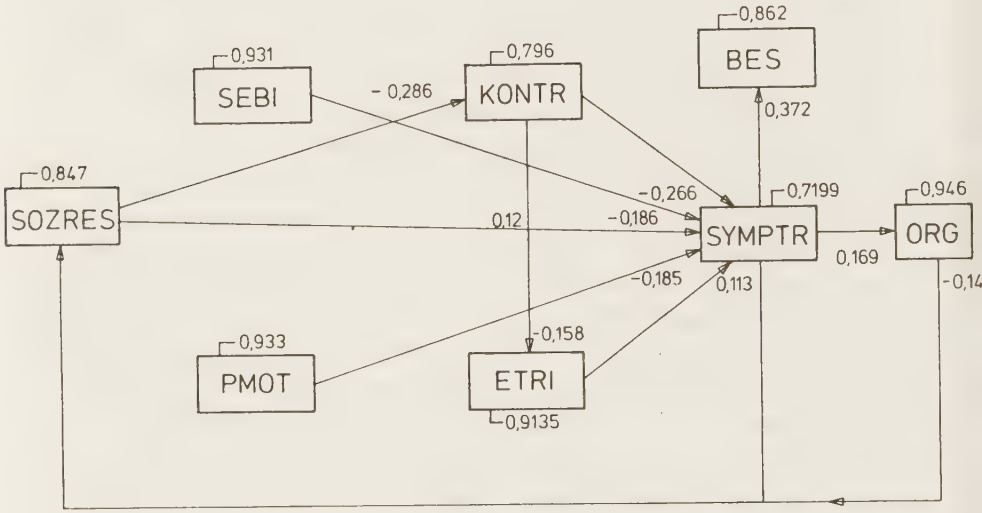
Der Zusammenhang zwischen den Variablen wurde nun durch multiple Regressionsanalysen getrennt für die Alkoholikergruppe und für die Kontrollgruppe analysiert. (S. Tabelle 14, Anhang 1).

Unter den 8 Skalen ist die multiple Korrelation der Skala SYMPTR mit r = 0,69798 am größten, am niedrigsten ist die multiple Korrelation der Skala ORG mit r = 0,32376. Das bedeutet, daß zwischen 10 und 49% der Varianz durch die jeweils anderen 7 Skalen erklärt werden kann. Bei der Kontrollgruppe werden zwischen 35 und 61% der Varianz erklärt.

Im einzelnen wird nun für die Alkoholikergruppe dargestellt und begründet, welche korrelativen Beziehungen sich zu der jeweiligen abhängigen Variablen ergeben. Bei der Skala Soziale Resonanz als abhängige Variable ergeben sich 3

signifikante Beziehungen, nämlich mit den Skalen KONTR, SYMPTR und ORG. Die in der Tabelle 14(s. Anhang 1)eingetragenen Zahlen stellen sogenannte Beta-Werte dar. Diese lassen sich als partielle Korrelationskoeffizienten verstehen (vgl. Nie et al 1975), die den jeweils spezifischen Beitrag dieser Skala zur Erklärung der Varianz der jeweils abhängigen Variable repräsentieren.
In dem nachfolgenden pfadanalytischen Modell wurden nur jene regressionsanalytischen Beziehungen übernommen, die sowohl nach den oben dargestellten Wirkmodell kausalanalytisch sinnvoll erscheinen, als auch in den Regressionsanalysen empirisch-statistisch signifikant sind.(d.h. deren Beta-Werte signifikant sind). Von 17 theoretisch angenommenen Wirkbeziehungen sind 10 als empirisch-statistisch signifikant nachweisbar. Die Beta-Werte bzw. partiellen Korrelationskoeffizienten werden wegen der Ausklammerung der übrigen Variablen als direkte Einflüsse verstanden und sind insgesamt sehr niedrig. Umgekehrt betrachtet ist der durch die jeweils übrigen Skalen nicht aufgeklärte Varianzanteil sehr hoch. In Abb. 18 ist dieser jeweils als freier Pfeil mit dem zugehörigen Korrelationsbeitrag eingetragen. Dieser ergibt sich nach der Formel: $r = \sqrt{1 - R^2}$, wobei R die multiple Korrelation aller übrigen Skalen mit der jeweils abhängigen Variablen darstellt.

Abb. 18: Pfadanalytisches Modell der Skalen in der Alkoholikergruppe



Der größte Varianzanteil, nämlich ca. 48%, wird in der Skala SYMPTR durch die übrigen Skalen aufgeklärt. Den größten direkten Einfluß zeigt dabei die Skala KONTR mit einem Pfadkoeffizienten (=BETA = partielle Korrelation) von r = -0,266. D.h. inhaltlich, je schlechter die Kontrollfähigkeit, desto mehr symptomatische Trinkverhaltensweisen treten auf. Eine umgekehrte Interpretation erscheint unter der Annahme sinnvoll, daß die Beurteilung der Kontrollfähigkeit durch die Selbstbeobachtung symptomatischen Trinkverhaltens entscheidend geprägt ist. Diese Ebene der Analyse von Beziehungen sei aber hier zunächst nicht berücksichtigt.

Unter der Annahme einer positiven Alkoholwirkung erscheint der Einfluß der Variablen SEBI auf SYMPTR mit BETA = -0,186 wenig plausibel. Dies bedeutet nämlich, daß je positiver das Selbstbild unter Alkohol, desto geringer ist das symptomatische Trinkverhalten und umgekehrt. Der direkte, wenn auch geringe Einfluß von SOZRES (0,12) auf SYMPTR entspricht den Erwartungen. Interessant ist die Beziehung von PMOT auf SYMPTR (-0,185); d.h., daß Trinkmotive der Anregung und Aktivierung stärker mit symptomatischem Trinkverhalten verbunden sind als Motive der Dämpfung und Beruhigung. Die Wirkung von ETRI auf SYMPTR besagt, daß eine geringe Veränderungsbereitschaft mit verstärkten symptomatischem Trinkverhalten verbunden ist. Unter der Annahme, daß in der Alkoholikergruppe viele Abhängige sind, die zu einer Änderung ihres Trinkverhaltens bereit sind, da ein Großteil sich ja in stationärer Behandlung befindet, entspricht dieses Ergebnis den Erwartungen. Betrachtet man die Kontrollfähigkeit des Trinkens, so erscheint nun die oben bereits erwähnte Unterscheidung von tatsächlicher Kontrollfähigkeit und subjektiver Einschätzung von besonderer Bedeutung. So ist die Beziehung zwischen KONTR und SYMPTR unter dem Aspekt der kausalen Wirkrichtung in einem Realmodell eindeutig von KONTR auf SYMPTR. Wenn man jedoch von der subjektiven Beurteilung des Abhängigen ausgeht, dann wird die Selbstwahrnehmung symptomatischen Trinkverhaltens erheblichen Einfluß haben, wie es sich auch in der partiellen Korrelation von r = -0,328 zeigt. Der im Wirkmodell angenommene Einfluß von KONTR auf SYMPTR ist dagegen mit r = -0,266 etwas geringer. Empirisch nicht nachweisbar sind die im Wirkmodell angenommenen Einflüsse von SEBI und PMOT auf KONTR.
Auch bei Betrachtung von ETRI (Veränderungsbereitschaft des Trinkens) können die angenommenen Einflüsse von SEBI,

PMOT und SOZRES auf ETRI nicht empirisch bestätigt werden. Lediglich die Kontrollfähigkeit weist einen signifikanten Einfluß auf die Veränderungsbereitschaft auf ($r = -0,138$). Je besser die Kontrollfähigkeit ist (bzw. eingeschätzt wird), desto größer die Änderungsbereitschaft des Trinkens, ein zumindest für die Alkoholikergruppe nicht erwartetes Ergebnis.

Bei der Skala Trinkmotivation (PMOT) läßt sich der Einfluß von SOZRES und SEBI empirisch nicht bestätigen. Damit bleiben PMOT und SEBI ohne direkte d.h. hier theoretisch angenommene und zugleich empirisch bestätigte Einfluß-variablen.

Zusammenfassung und Folgerungen aus den pfadanalytischen Ergebnissen:

1. Eine Reihe von theoretisch angenommenen Wirkbeziehungen lassen sich empirisch-statistisch nicht bestätigen, so daß sich insgesamt eine Vereinfachung des Modells ergibt.
2. Eine erweiternde Einbeziehung neuer Wirkrichtungen aufgrund der empirischen Ergebnisse wurde wegen theoretischer Vorstellungen über das kausale Zusammenwirken der Variablen nicht vorgenommen. Das größte Problem ergibt sich in dieser Hinsicht bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen KONTR und SYMPTR. Wenn man die subjektiv beurteilte Kontrollfähigkeit als reale Variable ansieht, dann ist das Trinkverhalten von dieser beeinflußt und nicht umgekehrt, obwohl empirisch der direkte Einfluß von SYMPTR auf KONTR etwas deutlicher ausgeprägt ist und theoretisch auf der Ebene der Analyse der Selbstbeurteilungsprozesse bzw. der erfaßten Variablen auch sinnvoll erscheint.
3. Die Variablen SEBI und PMOT sind jeweils von den übrigen Variablen relativ unabhängig, d.h. es lassen sich keine direkten Einflüsse nachweisen.

4. Die stärksten Zusammenhänge (i.S. der größten aufgeklärten Varianz) zeigen sich bei der Skala SYMPTR (48,7%) und KONTR (36,6 %) mit den jeweils übrigen Skalen.
5. Für das symptomatische Trinkverhalten (SYMPTR) sind Trinkmotive der Anregung und Aktivierung von größerer Bedeutung als solche des Erleichterungstrinkens.
6. Die Veränderungsbereitschaft des Trinkens (ETRI) erscheint nur von der Beurteilung der eigenen Kontrollfähigkeit (KONTR) direkt abhängig. Je geringer die Kontrollfähigkeit, desto geringer ist auch die Veränderungsbereitschaft. Dieses Ergebnis läßt sich m.E. nur als Abwehrhaltung und Widerstand interpretieren.

3.2.5.5 Faktorenanalytische Ergebnisse

Alle Faktorenanalysen wurden nach der Hauptkomponentenmethode mit iterativer Schätzung der gemeinsamen Varianz in der Diagonalen gerechnet und anschließend nach VARIMAX rotiert.
Für die bipolaren Items und den Ja-Nein Antworten (mit Ausnahme der Fremdbeurteilungsskala "Organische Störungen") wurden jeweils getrennt Faktorenanalysen durchgeführt.
Die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die Alkoholikerstichprobe.

3.2.5.5.1 Faktorenanalyse der bipolaren Items

Bei Schätzung der Kommunalitäten durch das Iterationsverfahren ergaben sich 14 Faktoren mit einem Eigenwert > 1. Deshalb wurden anschließend 14 Faktoren extrahiert, die insgesamt 49,58% der Gesamtvarianz erklären. Davon erklären die ersten 8 Faktoren 41,7% der Gesamt-Varianz sowie 79,9% der durch die 14 Faktoren erfaßten gemeinsamen Varianz.

Tabelle 10: Faktorenanalyse der Items HC1 - HC 44

(Alkoholikergruppe)

Faktor	Eigenwert	Anteil an der Gesamtvarianz	Anteil an der gemeins. Varianz (in%)
1	4,93469	11,2	21,5
2	3,74912	8,6	16,3
3	2,61856	5,95	11,4
4	1,90161	4,3	8,3
5	1,43561	3,3	6,3
6	1,31690	3,0	5,7
7	1,23790	2,8	5,4
8	1,15364	2,6	5,0
9	0,99140	2,3	4,3
10	0,90409	2,1	3,9
11	0,74791	1,8	3,3
12	0,71224	1,6	3,1
13	0,67677	1,5	2,9
14	0,58863	1,3	2,6

Anteil der durch die 14 Faktoren erklärten Gesamtvarianz : 49,58%

Anteil der durch die ersten 8 Faktoren erklärten Gesamtvarianz : 41,7%

Nun zu den Faktoren im einzelnen. Ihre inhaltliche Interpretation geht aus Tabelle 43 (Anhang 1) hervor:

Faktor 1: "Kontrollfähigkeit"
Dieser Faktor erklärt 11,2% der Gesamtvarianz und 21,5% der gemeinsamen Varianz. 5 Items haben Faktorladungen größer als 0,5. Inhaltlich lassen sich diese Items gut unter den Aspekt der Kontrollfähigkeit zusammenfassen. Bis auf das Item HC43, das in der ursprünglichen Konzeption der Skala KONTR miteinbezogen war, gehören alle Items zur Skala Kontrollfähigkeit.

Faktor 2: "Alkoholwirkung"
Damit werden 8,6% der Gesamtvarianz und 16,3% der gemeinsamen Varianz erklärt. 4 Items haben Faktorladungen über 0,5. Die Items entstammen den Skalen "Selbstbild unter Alkohol" und "Personorientierte Trinkmotivation".

Faktor 3: "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens"
Der drittstärkste Faktor erklärt nur noch 5,95% der Gesamtvarianz und 11,4% der gemeinsamen Varianz. 3 von 6 Items mit Faktorladungen über 0,5 gehören zur Skala ETRI. Die übrigen 3 wurden aufgrund der Item-und der Reliabilitätsanalyse aus den Skalen entfernt.

Faktor 4: "Alkoholwirkung bei der Arbeit"
Dieser Faktor erklärt 4,3% der Gesamtvarianz und 8,3% der gemeinsamen Varianz. Zwei Items charakterisieren diesen Faktor,der inhaltlich hauptsächlich die Bedeutung des Alkohols für die Arbeitsleistung erfaßt. Ein Item gehört in der neuen und alten Skalenversion zur Skala Personorientierte Trinkmotivation.

Faktor 5: "Alkoholwirkung und Gefühlskontrolle"
3,3% der Gesamtvarianz und 6,3% der gemeinsamen Varianz lassen sich damit aufklären. Nur 2 Items charakterisieren diesen Faktor, welche mit der Alkoholwirkung auf die Gefühlskontrolle zusammenhängen. Beide Items sind in der neuen Skalenversion nicht mehr enthalten.

Faktor 6: "Soziale Resonanz bez. Trinken"
Dieser Faktor entspricht inhaltlich der Skala Soziale Resonanz bez. Trinken, ist hier aber lediglich durch 2 Items charakterisiert. Es werden damit aber nur 3% der Gesamtvarianz und 5,7% der gemeinsamen Varianz erreicht.

Faktor 7: "Einstellung zur Partnerschaft"
Inhaltlich wird dieser Faktor nur durch ein Item charakterisiert, das in der alten Skalenversion zur Skala "Einstellung zur sozialen Umwelt" gehört. Es wurden 2,8% der Gesamtvarianz und 5,4% der gemeinsamen Varianz erklärt.

Faktor 8: "Alkoholwirkung und Durchsetzungsfähigkeit"
Der letzte Faktor wird inhaltlich ebenfalls nur durch ein Item HC44 repräsentiert, das in der neuen und alten Skalenversion zur Skala Trinkmotivation gehört. 2,6 % der Gesamtvarianz und 5% der gemeinsamen Varianz werden damit erklärt.

Die weiteren Faktoren erklären weniger als 5% der gemeinsamen Varianz und werden deshalb nicht weiter beschrieben.

Mit der neuen, auf Grund der Item- und Reliabilitätsanalyse gewonnenen Skalenversion wurde eine zweite Faktorenanalyse durchgeführt. Die statistischen Kennwerte gehen aus der nachfolgenden Tabelle hervor.

Tabelle 11: Faktorenanalyse der Items der neuen Skalenversion (Alkoholikergruppe)

Faktor	Eigenwert	Anteil an der Gesamtvarianz	Anteil an der gemeins. Varianz (in%)
1	4,04892	16,1	31,9
2	2,22377	9,8	17,4
3	1,98354	8,9	15,7
4	1,32563	6,8	10,4
5	0,95522	5,2	7,5
6	0,84726	5,0	6,7
7	0,68303	4,6	5,4
8	0,64370	4,3	5,1

Anteil der durch die 8 Faktoren erklärten Gesamtvarianz: 60,7%
Anteil der durch die ersten 4 Faktoren erklärten Gesamtvarianz: 41,16%

4 Faktoren erreichen nach Rotation einen Eigenwert von größer 1; der nächst kleinere Faktor wurde noch in die inhaltliche Analyse der Faktoren aufgenommen, da dieser mit einem Eigenwert von 0,95522 nur sehr knapp unter dem geforderten Eigenwert von 1 bleibt und weil sich auf diese Weise die gleiche Anzahl von Faktoren und Skalendimensionen ergibt. Die 5 Faktoren ensprechen weitgehend den Skalendimensionen (s. Tabelle 44, Anhang 1) deshalb sei hier auf eine inhaltliche Beschreibung verzichtet. Deutlich ausgeprägt sind vor allem die Skalen Kontrollfähigkeit (3 von 4 Items mit Faktorladungen $\geq 0,5$),

Selbstbild unter Alkohol (4 von 6 Items) und Soziale Resonanz bez. Alkoholtrinken (3 von 7 Items). Die Skalen Trinkmotivation und Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens sind zwar zahlenmäßig weniger deutlich repräsentiert durch Items mit entsprechenden Faktorladungen; die dem Kriterium (Faktorladung $\geq$ 0,5) entsprechenden Items zeigen aber einen eindeutigen Bezug zu den Skalendimensionen (s. Tabelle 44, Anhang 1). Insgesamt läßt sich sagen, daß die 5 Skalendimensionen in der zweiten Faktorenanalyse gut zum Ausdruck kommen und damit eine weitere statistisch-empirische Absicherung erfahren. Die Ergebnisse der ersten Faktorenanalyse mit allen bipolaren Items sind durch eine größere Heterogenität der Faktoren charakterisiert, die nur z.T. die theoretisch angenommenen Skalendimensionen repräsentieren. Durch die Reduzierung der Items, einschließlich der Entfernung von Skala 6 "Einstellung zur sozialen Umwelt" ist eine größere Homogenität der Skalen erreicht worden, die auch in den faktorenanalytischen Ergebnissen zum Ausdruck kommt.

Wir haben bislang nur die Faktorenanalyse der Alkoholikergruppe betrachtet. Die Ergebnisse einer Faktorenanalyse mit der Kontrollgruppe erscheinen jedoch weniger relevant, da, wie vorher bereits diskutiert, die Gültigkeit der Antworten bzw. der entsprechenden Einstellungen in Frage gestellt werden muß.
In der Kontrollgruppe erklären 11 Faktoren 76,7% der Gesamt-Varianz, die 6 wichtigsten Faktoren erklären 62,8% der Gesamtvarianz und 84,9% der gemeinsamen Varianz.
Das bedeutet insgesamt, daß die Einstellungen der Kontrollgruppe mehr Homogenität aufweisen als die der Alkoholikergruppe. Wir verzichten hier wegen mangelnder Gültigkeit auf eine weitere Beschreibung der einzelnen Faktoren.

3.2.5.5.2 Faktorenanalyse der Selbstbeurteilungsskalen mit Ja-Nein Antworten

Tabelle 12: Faktorenanalyse der Ja-Nein Fragen (Alkoholikergruppe)

Faktor	Eigenwert	Anteil an der gemeinsamen Varianz	Anteil der Gesamtvarianz
1	5,50627	61,8	30,1
2	1,36506	15,3	9,4
3	0,84199	9,5	7,1
4	0,66870	7,5	6,1
5	0,52363	5,9	5,5

5 Faktoren mit Eigenwert ≥ 1 erklären 58,3% der Gesamtvarianz. Nach Rotation bleiben 2 Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 übrig; diese erklären 39,6% der Gesamtvarianz und 77,2% der gemeinsamen Varianz der 5 Faktoren.
Wiederum entspricht die Zahl der Faktoren den beiden theoretisch konzipierten Skalen.
Zur Charakterisierung der Skalen werden nur Items mit Faktorenladungen über 0,5 betrachtet (s. Tabelle 45, Anhang 1).

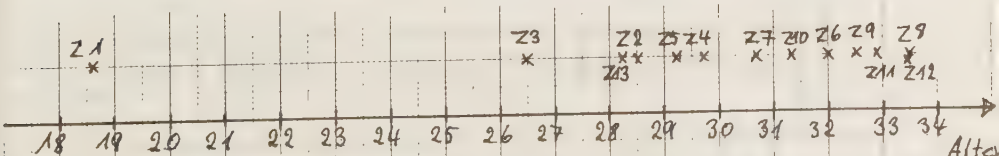
Faktor 1: Für Alkoholabhängige typisches Trinkverhalten.
Der erste Faktor erklärt 32,2% der Gesamtvarianz und 60,7% der gemeinsamen Varianz. 6 Items haben Faktorenladungen über

0,5. Inhaltlich geht es eindeutig um für Alkoholiker typische Trinkverhaltensweisen.

Faktor 2: Physische Abhängigkeit und psychovegetative Beschwerden.
Dieser Faktor erklärt 9% der Gesamtvarianz und 13,6% der gemeinsamen Varianz. 6 Items laden über 0,4 auf diesen Faktor. Der Inhalt der Items läßt sich klar als Folgeerscheinungen chronischen Alkoholmißbrauchs, insbesondere als Symptome der physischen Abhängigkeit interpretieren.
Diese beiden Faktoren, die mit dem Kriterium der Faktorladung größer 0,5 12 der 20 Items umfassen, entsprechen auch inhaltlich den beiden theoretisch konzipierten Skalen"Psychovegetative Beschwerden und Funktionsstörungen" (im Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch)und "Symptomatisches Trinkverhalten"
Die Übereinstimmung zwischen den theoretisch konzipierten Skalendimensionen und den faktorenanalytischen Ergebnissen erscheint damit insgesamt für die empirisch gewonnene neue Skalenversion zufriedenstellend gut.

3.2.6 Ergebnisse des Fragebogens über die zeitliche Entwicklung von Symptomen des Alkoholmißbrauchs (Z-Fragebogen)

Die zeitliche Aufeinanderfolge der einzelnen Symptome und Trinkverhaltensweisen kann graphisch auf einer Zeitachse aufgetragen werden:
Abbildung19:Erstauftreten von Alkoholsymptomen auf der Zeitachse



Das Durchschnittsalter beim ersten Auftreten eines Rauschzustandes liegt in der Alkoholikergruppe bei 18,6 Jahren, in der Kontrollgruppe dagegen mit 16,75 Jahren signifikant niedriger. Die Streuung in der Alkoholikergruppe ist etwas größer als in der Kontrollgruppe. Das Ergebnis in der Kontrollgruppe besagt auch, daß 22 von 98 (22,45 Prozent) niemals einen Rauschzustand erlebt haben (s. Tab. 15, Anhang 1).
Zum zeitlich nächstfolgendem Item "Toleranzanstieg" liegt in der Alkoholikergruppe ein zeitlicher Abstand von 8 Jahren (Durchschnittsalter des ersten Auftretens 26,5 Jahre mit einer Standardabweichung von 8 Jahren). Bei der Kontrollgruppe liegt der zeitliche Abstand mit ca. 5 Jahren deutlich früher; allerdings erfolgt hier eine drastische Reduzierung der Probandenzahl auf ca. ein Drittel (32 Probanden). Damit ist der Toleranzanstieg auch bei Normaltrinkern ein relativ häufiges Phänomen.
Die nachfolgenden Symptome, angefangen von Z13 (Erleichterungstrinken) mit einem Durchschnittsalter von 28,3 Jahren bis zu Z12 (gesundheitliche Probleme) mit einem Durchschnittsalter von 33,5 Jahren liegen dicht beieinander (in der Alkoholikergruppe).
Signifikante zeitliche Unterschiede von Items zu allen anderen liegen nur bei den Items Z1 (erster Rausch) und Z3 (Toleranzanstieg) vor. Alle anderen Items haben in der Alkoholikergruppe benachbarte Items, von denen sie sich nicht signifikant unterscheiden (s. Tab.15, Anhang 1).
Die korrelativen Zusammenhänge der Z-Items wurden mit einer Faktorenanalyse analysiert. Eine Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode ergibt in der Alkoholikergruppe 3 Faktoren mit einem Eigenwert größer als 1, die insgesamt 87,4% der Gesamtvarianz erklären. Faktor 1 erklärt 63% der gemeinsamen Varianz, Faktor 2 29,2% und Faktor 3 7,9%.
Inhaltlich betrachtet erfaßt Faktor 1 hauptsächlich enge

zeitliche Zusammenhänge von Symptomen typischen Trinkverhaltens sowie sozialer Schäden. In Faktor 2 gruppieren sich gesundheitliche Schäden und in Faktor 3 bildet sich die Anfangsphase des Trinkens ab. Das bedeutet, daß sich aus den 13 Items über den Beginn bestimmter Symptome oder kritischer Erfahrungen und Verhaltensweisen bezüglich Alkohol sich 3 "Zeitfaktoren" ergeben, die relativ unabhängig voneinander sind. Inhaltlich lassen sie sich folgendermaßen charakterisieren.

1. Pathologisches Trinkverhalten und soziale Schäden: Diese beiden Bereiche sind demnach sehr eng miteinander verbunden. Dazu ist jedoch einschränkend zu sagen, daß die Alkoholabhängigen vermutlich erst ihren Alkoholmißbrauch gemerkt haben, wenn es bereits zu sozialen Schäden gekommen ist.
2. Gesundheitliche Schäden: In der Eigenständigkeit dieses Faktors zeigt sich die zeitliche Verschiebung zwischen Alkoholmißbrauch und sozialen Schäden einerseits und gesundheitlichen Schäden andererseits.
3. Anfangsphase des Trinkens: Dazu gehört vor allem das Erleben des ersten Rausches und der Toleranzanstieg.

Zur Frage eines Zusammenhangs des Erstauftretens von Symptomen mit dem Alter der Patienten wurden Korrelationen (Produkt-Moment Korrelation) der einzelnen Z-Items mit dem Alter berechnet.

Tabelle 13: Korrelative Beziehungen zwischen dem ersten Auftreten von Symptomen und dem Alter (Produkt-Moment Korrelation)

Item des Z-Fb.	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7
Alter	0,2639	0,7309	0,6547	0,7325	0,7017	0,7420	0,8213
Item	Z8	Z9	Z10	Z11	Z12	Z13	
Alter	0,8394	0,8540	0,8781	0,8160	0,7832	0,6723	

Generell zeigen sich mit Ausnahme von Z1 (erster Rausch) sehr hohe Zusammenhänge mit dem Alter. Dieses Ergebnis läßt sich am besten so verstehen, daß mit zunehmendem Alter ein zunehmend längerer Alkoholmißbrauch einhergeht und damit auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten verschiedener Symptome des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit größer wird.

Männer und Frauen unterscheiden sich bezüglich des Erstauftretens von Symptomen in folgender Weise:

Das Durchschnittsalter der alkoholabhängigen Männer beim ersten Rausch beträgt 16,9 Jahre, bei den alkoholabhängigen Frauen ist das Durchschnittsalter 21,9 Jahre. Der Unterschied ist auf dem 5-Prozent-Niveau signifikant. Die Varianz ist bei den Frauen etwa doppelt so hoch wie bei den Männern. Vergleicht man dazu die Ergebnisse bei der Kontrollgruppe, so zeigt sich hier kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Die Varianzen unterscheiden sich nicht mehr; tendenziell ist die Varianz bei den Frauen geringer.

Außer dieser Frage nach dem ersten Rauschzustand ergibt sich in der Kontrollgruppe kein weiterer signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen.

Einer Analyse zeitlicher Zusammenhänge verschiedener Symptome liegt der Gedanke zugrunde, daß eine unterschiedlich schnelle Entwicklung von Symptommustern auf verschiedene Typen von Alkoholabhängigen oder zumindest auf unterschiedliche Typen der Abhängigkeitsentwicklung hinweisen.

Die Analyse der zeitlichen Beziehungsmuster kann zunächst von den Zeitdifferenzen zwischen je zwei Paaren von Items ausgehen. Von den insgesamt 78 möglichen verschiedenen

Paaren von Items sind aber lediglich einige wenige von Interesse. Das sind vor allem jene, die als Indikator für die Zeit zwischen dem Beginn des Alkoholmißbrauchs und der Ausbildung von eindeutigen Symptomen der psychischen und physichen Abhängigkeit, wie z.B. der Kontrollverlust, angesehen werden können. Am interessantesten erscheint deshalb zunächst die Zeitdifferenz zwischen Z1 (erster Rausch) und Z7 (Kontrollverlust). Die Häufigkeitsverteilung geht aus der Tabelle 46 Anhang 1 hervor.
Die durchschnittliche Zeitdifferenz zwischen erstem Rauschzustand und dem Auftreten des Kontrollverlustes, genauer gesagt, bis es dem Abhängigen deutlich wird, beträgt 12,14 Jahre (s=8,704; Median = 10,375).
Welche Bedeutung einer großen oder kleinen Zeitdifferenz bezüglich der verschiedenen Skalen hinzukommt kann mit Hilfe einer Profilanalyse besser geklärt werden und wird in Abschnitt (3.2.7) dargestellt.
Eine weitere interessante Zeitdifferenz bezieht sich auf die Zeit vom Beginn des Alkoholmißbrauchs bis zum Auftreten erster körperlicher Entzugserscheinungen wie z.B. dem Zittern. Durchschnittlich vergehen dabei 13 Jahre (s=8,565; n=112). Soziale Probleme treten nach einer etwas kürzeren Zeit auf, nämlich nach durchschnittlich 11 Jahren (s=7,287; n=131). Zu Erinnerungslücken kommt es durchschnittlich nach 9,9 Jahren (s=8,991; n=142).
Mit dem Item "Zittern" als Zeichen physischer Abhängigkeit wurde nun noch die Zeitdifferenz von Z7 Kontrollverlust und Z13 Erleichterungstrinken gebildet. Zittern tritt im Durchschnitt 4,3 Jahre nach der erlebten Erleichterungswirkung des Alkohols auf (s=7,212; n=103). Der Kontrollverlust tritt durchschnittlich 1,8 Jahre

vor dem Symptom Zittern auf (s=4,097; n=99).
16,9 Prozent der Alkoholiker mit Kontrollverlust und Zittern geben an, daß bei ihnen beides gleichzeitig aufgetreten sei. Bei 17,2 Prozent erst später.

3.2.7 Profilanalysen

3.2.7.1 Fragestellung und Problematik

Lienert (1969, S. 366 f) unterscheidet zwischen Testprofilen und Testbatterien. Bei einer Testbatterie geben die Einzeltests verstärkt ihre Eigenständigkeit auf und versuchen gemeinsam, z.B. ein bestimmtes Persönlichkeitsmerkmal zu erfassen. Die Korrelation der Einzeltests untereinander wird dann relativ hoch sein. Teststatistisches Kriterium für die Einzeltests ist dann im wesentlichen die Reliabilität. Als Testprofil im weiteren Sinne gilt dagegen eine Kombination von mehreren Tests, die weitgehend ihre Eigenständigkeit bewahren. Testprofile können ad hoc für einen bestimmten Zweck zusammengestellt werden. Teststatistisch werden keine sehr strengen Anforderungen gestellt. Jeder Einzeltest sollte einigermaßen reliabel sein, möglichst niedrig miteinander korrelieren und jeweils für sich eine ausreichende logische oder empirische Validität aufweisen. Unter einem Testprofil im engeren Sinne versteht man dagegen die graphische Darstellung mehrerer Einzeltests.

Die Frage, ob der vorliegende Fragebogen mehr im Sinne eines Testprofils oder im Sinne einer Testbatterie aufgefaßt werden kann, ist schwer zu entscheiden. Die Zusammengehörigkeit der Einzelskalen ist sicher bereits vom Ansatz her auf ein gemeinsames Objekt, nämlich auf die Alkoholabhängigkeit, ausgerichtet. Die einzelnen Skalen sind also relativ spezifisch und können für sich kaum in einem anderen Anwendungsbereich als dem des Alkoholmißbrauchs sinnvoll eingesetzt werden. Die Korrelationen der Skalen untereinander sind relativ hoch (vgl. Abschnitt 3.2.5.4). Andererseits können die Einzeltests

auch einzeln eingesetzt werden, und es erfolgt keine Verrechnung ,z.B. in Form einer Linearkombination aller Einzelskalen, um eine bestimmte Aussage zur Prognose zu machen. Die Einzelskalen dienen zunächst einer breiten Beschreibung von Dimensionen des Alkoholismus oder des Alkoholkonsums allgemein und erst weitere Untersuchungen können zeigen, ob es sinnvoll ist, verschiedene Skalen für bestimmte Fragen, wie z.B. der Prognose oder für die Diagnose Alkoholabhängigkeit in einen einzigen Index-Wert zusammenzufassen.

Aus diesen Gründen kann der vorliegende Fragebogen weder klar als Testprofil noch klar als Testbatterie verstanden werden. Von beiden Begriffen trifft einiges zu und anderes wiederum nicht. Außerdem ist im angelsächsischen Sprachraum diese Unterscheidung nicht üblich (vgl. Nunnally 1959, Cronbach 1964 , Anastasi 1976). Wir sprechen im folgendem von einem Testprofil im Sinne der Deskription des Phänomens Alkoholismus mit mehreren Einzeltests als Dimensionen.

Testprofile können nach verschiedenen Gesichtspunkten analysiert werden. In der Literatur (s. z.B. Nunnally 1959, Lienert 1969 u.a) werden hauptsächlich drei formale Charakteristika von Testprofilen unterschieden: Man kann 1. das Niveau eines Testprofils, 2. die Streuung der Testwerte und 3. die Gestalt des Profils analysieren. Niveau und Streuung können relativ leicht erfaßt werden; am schwierigsten ist die Erfassung der Profilgestalt. Dafür können Ähnlichkeitsmaße verwendet werden, wie z.B. das Distanzmaß nach Maholonibis (zit. in Nunnally 1959), das die euklidischen Distanzen zu den einzelnen Skalen in einen Ähnlichkeitskoeffizienten zusammenfaßt. Auf die Anwendung eines Ähnlichkeitsmaßes zum Vergleich verschiedener Patientengruppen wurde hier verzichtet, weil

es in diesem Abschnitt um das Auffinden von Untergruppen alkoholabhängiger Probanden sowie um die Charakterisierung von Teilgruppen durch die Skalenmittelwerte und deren Streuung geht. Als erstes soll nun versucht werden, Gruppen von Alkoholikern, unterteilt nach wichtigen soziodemographischen Variablen, wie z.B. dem Geschlecht, anhand des Testprofils zu beschreiben. Zum anderen sollen die Fragen über das Auftreten bestimmter Alkoholsymptome (siehe vorhergehenden Abschnitt) benützt werden, um Alkoholiker mit einem frühen Symptombeginn von solchen mit einem späten Symptombeginn anhand des Testprofils zu unterscheiden. Dabei geht es nicht um eine optimale Trennfähigkeit aufgrund der Skalen, sondern um Hypothesen für sinnvolle Untergruppen von Alkoholkranken.

3.2.7.2 Profilreliabilitätskoeffizienten

Entscheidende Frage für eine Interpretation von Profildifferenzen, sei es ein- und desselben Probanden oder verschiedener Probanden auf derselben oder auf verschiedenen Skalen ist die Signifikanz von Testwertdifferenzen. Für die praktische Beurteilung werden folgende Fälle unterschieden:

1. Bestimmung eines Konfidenzintervalls (In welchem Bereich liegt der wahre Wert eines Probanden bei Vorliegen seines empirischen Wertes?): Dazu ist die Berechnung des Standardmeßfehlers erforderlich. Dieser errechnet sich nach der Formel:

$$S_e = S_x \sqrt{1-r_{xx}}$$

Für jede Skala wurde der Standardmeßfehler so ermittelt (s. Tabelle 47 , Anhang 1).
Der wahre Wert eines Probanden liegt dann im Bereich $\pm$ 2 s_e (bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%).

2. Vergleich von Testwertdifferenzen auf ein- und derselben Skala:
   Für die Berechnung der kritischen Differenz ergibt sich nach Lienert folgende Formel: $Diff_{krit} = 1,96.S_x\sqrt{2}$ *
   In Tabelle 48 , Anhang 1 sind die kritischen Differenzen pro Skala zusammengestellt.
3. Vergleich von Testwertdifferenzen auf verschiedenen Skalen.
   Die kritischen Differenzen wurden wiederum für die T-Werte berechnet und in Tabelle 49 , Anhang 1 zusammengefaßt.

3.2.7.3 Profilvergleiche mit den Variablen Geschlecht, Alter, Beruf, Klinik und Alkoholismustyp

In der Alkoholikergruppe gibt es lediglich auf der Skala Organische Störungen einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen ($p=0,03$) während in der Kontrollgruppe Männer eine signifikant niedrige Kontrollfähigkeit bez. des Alkoholkonsums angeben sowie eine signifikant geringere Bereitschaft zur Änderung ihres Trinkverhaltens zeigen (s.Tabelle 18 , Anhang 1). Männliche Alkoholiker unterscheiden sich in allen Skalen signifikant von den Männern in der Kontrollgruppe; lediglich auf der Skala EUMW kommt es zu einem trendmäßigen Unterschied ($p=0,0764$). D.h., männliche Alkoholiker haben eine schlechtere Kontrollfähigkeit, sehen sich unter Alkohol positiver, haben eine höhere Änderungsbereitschaft gegenüber Trinken, eine deutlich schlechtere soziale Resonanz bezüglich Alkoholtrinken, ihre Trinkmotivation geht mehr in Richtung Anregung und Aktivierung, sie haben mehr alkoholabhängige Erkrankungen, mehr Beschwerden und typische Symptome süchtigen Trinkverhaltens.

* Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%

Weibliche Alkoholiker unterscheiden sich von weiblichen Normaltrinkern auf allen Skalen bis auf die Skala Trinkmotivation, bei der jedoch auch ein deutlicher Trend vorliegt ($p=0,0693$). Weibliche Alkoholiker haben eine geringere Kontrollfähigkeit, ein positiveres Sebstbild unter Alkohol, eine höhere Änderungsbereitschaft ihres Trinkens, sind verschlossener gegenüber ihrer sozialen Umwelt, haben deutlich mehr alkoholabhängige Erkrankungen, äußern mehr Beschwerden und haben natürlich mehr charakteristische Symptome süchtigen Trinkverhaltens (s. Tabelle 18 u. 19, Anhang 1).

Klinik (Alkoholikerteilgruppe und Kontrollgruppe):
Im Globalvergleich der Gruppen ergeben sich auf allen Skalen hochsignifikante Unterschiede ($p=0,0001\%$; bis auf PMOT: $p=0,0483$; s.Tab. 20, Anhang 1).
Im einzelnen zeigen sich folgende Ergebnisse paarweiser Vergleiche der verschiedenen Kliniken:

1. Auf der Skala KONTR:
   Alkoholiker der Fachklinik Ringgenhof/Höchsten geben die geringste Kontrollfähigkeit ihres Alkoholkonsums an. Sie unterscheiden sich signifikant von allen anderen Teilgruppen; die Kontrollgruppe unterscheidet sich erwartungsgemäß von allen anderen Teilgruppen durch eine größere Kontrollfähigkeit.
   Die Alkoholikerteilgruppen des MPI und der psychiatrischen Landeskrankenhäuser Weißenau und Günzburg weisen keine signifikanten paarweisen Differenzen auf.
2. Auf der Skala SEBI:
   Bis auf die Alkoholikerteilgruppe Günzburg hat die Kontrollgruppe zu allen anderen Teilgruppen ein signifikant weniger positives Selbstbild unter Alkohol. Die Alkoholikergruppe von Ringgenhof/Höchsten

hat deutlich das am stärksten positive Selbstbild unter Alkohol; nur zu der Alkoholikergruppe Weißenau zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Die Alkoholikergruppen Günzburg, Weißenau und MPI* unterscheiden sich wiederum nicht signifikant voneinander.

3. Auf der Skala ETRI:
   Die Kontrollgruppe mit ihrer geringen Änderungsbereitschaft des Trinkens zeigt keinen signifikanten Unterschied zu den Alkoholikergruppen MPI* und Günzburg. Die Alkoholikergruppe Ringgenhof/Höchsten weist die stärkste Änderungsbereitschaft auf.
4. Auf der Skala PMOT:
   Hier ergibt sich nur ein einziger signifikanter Unterschied zwischen der Alkoholikergruppe Ringgenhof/Höchsten und der Kontrollgruppe. Die Patienten der Fachklinik geben stärkere Trinkmotive der Anregung und Motivierung allgemein an als die Kontrollgruppe.
5. Auf der Skala SOZRES:
   Hier zeigt sich eine Ähnlichkeit der Alkoholikergruppen von Ringgenhof/Höchsten, Weißenau und Günzburg (keine signifikanten Unterschiede), die jeweils eine stärker negative Resonanz bez. Trinken aufweisen als die MPI*-Gruppe.
6. Auf der Skala ORG:
   Plausiblerweise unterscheidet sich die Kontrollgruppe signifikant von allen anderen Teilgruppen. Unter den verschiedenen klinischen Alkoholikergruppen zeigt die MPI*-Gruppe den größten Mittelwert organischer Störungen, wobei sie sich signifikant von der Alkoholikergruppe Ringgenhof/Höchsten abhebt.
7. Auf der Skala BES:
   Hier ergibt sich folgendes Bild: Die Kontrollgruppe zeigt wieder signifikant geringere Werte. Unter den Alkoholikern ergibt sich wiederum ein signifikanter

* MPI = Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Unterschied zwischen der MPI-Gruppe und der Ringgenhof/Höchsten Gruppe, die hier jedoch mehr subjektive Beschwerden äußert.

8. Auf der Skala SYMPTR:
   Wiederum zeigt sich in der Alkoholikergruppe ein signifikanter Unterschied zwischen der MPI-Gruppe und der Ringgenhof/Höchsten Gruppe, wobei letztere höhere Werte erreichen.

Alkoholismustyp:
Trotz der häufig nicht möglichen Beurteilung des Alkoholismustyps aus den Unterlagen und den damit zusammenhängenden geringen Besetzungshäufigkeiten der meisten Alkoholismustypen seien die Ergebnisse kurz wiedergegeben. Im Globalvergleich ergeben sich bis auf die Skalen ETRI und PMOT statistisch signifikante Unterschiede.
Im Paarvergleich ist erstaunlich, daß die Kontrollgruppe auf der Skala KONTR, ETRI, SEBI, PMOT und ORG sich nicht signifikant von einem der Alkoholismustypen unterscheidet. Die häufigsten signifikanten Differenzen ergeben sich auf den Skalen SOZRES, BES und SYMPTR. (S.Tabelle 21 , Anhang 1). Folgende Alkoholismustypen unterscheiden sich signifikant voneinander:
Auf der Skala SOZRES haben Delta-Alkoholiker eine geringere negative soziale Resonanz als Epsilon-Alkoholiker. Auf der Skala SYMPTR unterscheiden sich die Alpha-Alkoholiker von den Gamma-und Epsilon-Trinkern mit niedrigeren Werten.

3.2.7.4 Profilanalysen mit den Z-Items

Mit Hilfe der Fragen über das Erstauftreten verschiedener Symptome des Alkoholmißbrauchs soll als erstes versucht werden, die Bedeutung einer frühen bzw. raschen versus einer späten bzw. langsamen Entwicklung der Alkoholabhängigkeit abzuschätzen. Dies geschieht hauptsächlich dadurch, daß die Alkoholikerstichprobe durch den Median des jeweiligen Items halbiert wird. Die beiden Teilgruppen mit frühen und mit spätem Auftreten des Symptoms können dann hinsichtlich der Skalenwerte miteinander vergleichen werden. Um die Schnelligkeit der Alkoholismusentwicklung beurteilen zu können, werden zweitens auch einige Differenzen zwischen dem Auftreten verschiedener Symptome gebildet, so zwischen dem ersten Rauschzustand einerseits als einem Zeichen für den Beginn des Alkoholmißbrauchs und dem Kontrollverlust, dem ersten Tremor, dem ersten Erleichterungstrinken, den ersten Erinnerungslücken und den ersten sozialen Schäden andererseits.

Um einen groben Überblick zu bekommen, auf welchen Skalen sich besonders häufig oder besonders selten signifikante Unterschiede zwischen frühen und späten Einsetzen der jeweiligen Symptome zeigen, wurden pro Skala die signifikanten Veränderungen (mindestens auf dem 5%-Niveau) sowie trendmäßige Veränderungen (Signifikanzniveau zwischen 10% und 5%) ausgezählt. Das Ergebnis zeigt die nachfolgende Tabelle:

Tabelle 14: Überblick der pro Skala aufgetretenen Unterschiede in den Z-Items

	Zahl der signifikanten Unterschiede $p \leq 0,05$	trendmäßige Veränderungen $0,1 \geq p > 0,05$
KONTR	3	1
ETRI	1	2
SEBI	4	1
PMOT	4	4
SOZRES	0	0
ORG	6	2
BES	0	1
SYMPTR	1	1

Danach zeigen sich in den Skalen ORG, PMOT und SEBI sowie noch in der Skala KONTR die häufigsten Unterschiede. Bei den einzelnen Symptomen ergeben sich folgende Skalenunterschiede (s. Tabellen 22 bis 34, Anhang 1).

Z1 (frühes versus spätes erstes Rauscherlebnis): Die Gruppe mit dem früheren ersten Rauscherlebnis zeigt im Trend eine geringere Kontrollfähigkeit, eine signifikant geringere Veränderungsbereitschaft des Trinkens, ein positiveres Selbstbild unter Alkohol sowie mehr Trinkmotivation in Richtung Anregung und Motivierung.

Z2 (früh auftretende versus spät auftretende erste Erinnerungslücken): Alkoholiker mit frühen Erinnerungslücken zeigen eine signifikant geringere

Kontrollfähigkeit, eine geringere Veränderungsbereitschaft des Trinkens sowie eine größere Trinkmotivation in Richtung Anregung und Aktivierung und weniger alkoholabhängige Erkrankungen.

Z3 (früh eintretender versus spät eintretender Toleranzanstieg): Die Gruppe mit frühem Toleranzanstieg zeigt im Trend eine Trinkmotivation mehr in Richtung Anregung und Aktivierung sowie signifikant weniger alkoholabhängige Erkrankungen.

Z4 (frühe versus spät auftretende Alkoholprobleme im Beruf): Alkoholiker mit frühen alkoholbedingten beruflichen Problemen zeigen eine signifikant geringere Kontrollfähigkeit und mehr Trinkmotive der Anregung und Aktivierung.

Z5 (frühe versus späte alkoholbedingte soziale Probleme): Hier zeigen Alkoholiker mit frühen sozialen Problemen nur im Trend weniger alkoholbedingte Erkrankungen. Auf allen anderen Skalen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Z6 (früher versus später alkoholbedingter Arbeitsplatzverlust): Es liegen keine signifikanten Unterschiede vor.

Z7 (früher versus spät eintretender Kontrollverlust): Die Gruppe mit frühem Kontrollverlust ist charakterisiert durch signifikant mehr Trinkmotive in Richtung Anregung und Aktivierung und durch weniger alkoholbedingte Erkrankungen.

Z8 (früh einsetzender versus spät einsetzender Toleranzverlust): Alkoholiker mit frühem Toleranzverlust unterscheiden sich von der anderen Gruppe durch signifikant mehr Trinkmotive der Anregung und Aktivierung und weniger alkoholbedingte Erkrankungen.

Z9 (frühe versus späte Vernachlässigung des Essens):

Die Gruppe mit früher Vernachlässigung des Essens zeigt ein signifikant positiveres Selbstbild unter Alkohol, im Trend mehr Trinkmotive der Anregung und Aktivierung sowie weniger alkoholbedingte Erkrankungen.

Z10 (frühes versus spätes Auftreten des Tremors): Die Gruppe mit frühem Tremor zeigt im Trend eine geringere Veränderungsbereitschaft, ebenfalls im Trend ein positiveres Selbstbild unter Alkohol und weniger alkoholbedingte Erkrankungen.

Z11 (früher versus später Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholintoxikation): Hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Z12 (frühe versus späte gesundheitliche Probleme wegen Alkohol): Die Gruppe mit frühen gesundheitlichen Problemen hat ein positiveres Selbstbild unter Alkohol und mehr Trinkmotive der Anregung und Aktivierung. Im Trend zeigt diese Gruppe mehr Beschwerden und häufiger charakteristische Symptome süchtigen Trinkverhaltens.

Zusammenfassende Bewertung der Profilanalysen mit den Z-Items.

1. Bei der Alkoholikerstichprobe mit früherem Symptombeginn zeigen sich häufig mehr gesundheitliche Störungen i.Z. mit Alkohol, mehr Trinkmotive der Anregung und Motivierung sowie ein positiveres Selbstbild unter Alkohol.
2. Die häufigsten signifikanten Veränderungen zeigen sich auf den Skalen Organische Störungen (ORG), Trinkmotivation (PMOT), Selbstbild unter Alkohol sowie Kontrollfähigkeit des Trinkens.
3. Die häufigsten signifikanten Veränderungen ergeben sich bei dem Item Z12 (frühe versus späte gesundheitliche Probleme).

Um die Beziehung verschiedener Symptome und ihrer zeitlichen Entwicklung und der Frage verschiedener Alkoholismustypen zu analysieren, wurden die Zeitdifferenzen jeweils zweier Symptome berechnet und dann die Testprofile der Teilgruppen mit kurzer versus langer Zeitdifferenz miteinander verglichen. Es kam zu folgenden Ergebnissen (s. Tabellen 35 bis 41, Anhang 1).

Zeitdifferenz Z13 (erstes Erleichterungstrinken) versus Z1 (erster Rausch). Nur auf der Skala Beschwerden ergibt sich ein signifikanter Unterschied. Die Probanden mit einer kleinen Zeitdifferenz geben mehr Beschwerden an.

Zeitdifferenz Z13 (erstes Erleichterungstrinken) versus Z10 (erster Tremor). Je kürzer die zeitlichen Abstände zwischen erstem Erleichterungstrinken und erstem Tremor, desto geringer erscheint die subjektiv erlebte Kontrollfähigkeit (signifikanter Unterschied auf der Skala KONTR). Das Selbstbild unter Alkohol ist in der Gruppe mit den geringeren Zeitdifferenzen positiver, die soziale Resonanz stärker negativ.

Zeitdifferenz Z7 (erster Kontrollverlust) versus Z10 (erstes Zittern): Keine signifikanten Unterschiede.

Zeitdifferenz Z2 (Erinnerungslücken) versus Z1 (erster Rausch): Die Probanden mit einer kleineren Zeitdifferenz zeigten weniger organische Störungen als die mit einer großen Zeitdifferenz.

Zeitdifferenz Z5 (erste soziale Probleme) versus Z1 (erster Rausch): Hier ergeben sich lediglich auf der Skala BES signifikante Unterschiede. Die Alkoholabhängigen mit geringerer Zeitdifferenz haben mehr Beschwerden im Zusammenhang mit Alkohol.

Zeitdifferenz Z7 (erster Kontrollverlust) versus Z1 (erster Rausch): Probanden mit geringer Zeitdifferenz geben signifikant mehr Beschwerden an.

Zeitdifferenz Z10 (erstes Zittern) versus (erster Rausch): Die Alkoholikergruppe mit geringerer zeitlicher Verzögerung weist signifikant weniger organische Störungen auf, gibt aber mehr Beschwerden an als die Gruppe mit großer Zeitdifferenz.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß unterschiedliche Zeitdifferenzen in der Entwicklung verschiedener Symptome am ehesten in Zusammenhang stehen mit der Ausbildung von Beschwerden und organischen Störungen. Nur in einem Fall, bei dem Vergleich "erstes Erleichterungstrinken versus erster Tremor" zeigt sich, daß in der Gruppe mit der kürzeren Zeitdifferenz die Kontrollfähigkeit stärker vermindert, das Selbstbild unter Alkohol positiver sowie die soziale Resonanz ungünstiger ist als in der Gruppe mit größerer Zeitdifferenz.

3.3 Diskussion

3.3.1 Zur Skalenentwicklung

3.3.1.1 Item-Analyse und Skalenveränderungen

Durch die Item-Analyse und vor allem durch die Analyse der inneren Konsistenz der Skalen ist es zu einer Reihe von Veränderungen gekommen. Die Konsistenzanalyse spielte z.T. dabei eine größere Rolle als die übliche Item-Analyse, da sich hier unmittelbar in Form einer Erhöhung oder einer Erniedrigung des Reliabilitätskoeffizienten zeigte, ob und wieviel ein Item zur inneren Konsistenz einer Skala beiträgt. Eine solche direkt ablesbare Folge der Wegnahme oder des Hinzufügens eines Items zu einer Skala ist in der herkömmlichen Item-Analyse mit dem Parametern Item-Schwierigkeit und Trennschärfekoeffizient nicht möglich. Kriterium für das Ausscheiden eines Items war ein negativer Beitrag dieses Items d.h. eine Erniedrigung der inneren Konsistenz, wenn man dieses Item in der Skala weiter beibehalten hätte. Diese Form der Item-Auswahl wird in den bekannten Lehrbüchern zur Skalenkonstruktion nicht diskutiert (vgl. Lienert 1969, Magnusson 1969, Nunnally 1967 u.a.). Vermutlich ist dies darauf zurückzuführen, das die Berechnung der inneren Konsistenz bei Wegnahme jeweils eines Items früher einen zu großen Rechenaufwand bedeutet hätte und nun routinemäßig z.B. im SPSS-Programmsystem (Nie et al 1975) bei der Reliabilitätsanalyse berechnet werden kann. Eine exakte statistische Überprüfung eines solchen Vorgehens der Skalenkonstruktion vor allem auch eine direkte statistische Analyse der Trennschärfe im Vergleich zur Analyse der inneren Konsistenz steht meines Wissens noch aus.

Die Veränderungen der Skalen werden nun im einzelnen diskutiert.
(s. auch zusammenfassende Tabelle 16, Anhang 1):
Die augenfälligste Entscheidung bezüglich der Veränderung der Skalen besteht in der Streichung der gesamten Skala "Einstellung zur sozialen Umwelt". Zwei Gründe waren dafür entscheidend:

1. Die Reliabilität der inneren Konsistenz blieb unverhältnismäßig niedrig, d.h. die Heterogenität war im Vergleich zu den anderen Skalen (bis auf PMOT) deutlich am höchsten und ließ sich auch durch Wegnahme einzelner Items nicht beeinflussen.
2. Auch inhaltlich paßte diese Skala nicht zu den übrigen Skalen: Einmal wäre es die einzige Skala ohne direkten Bezug auf Alkohol gewesen; zum anderen erscheint diese Skala doch ihrerseits aus heterogenen Items zusammengesetzt, so daß eine einfache Polarisierung von "offen, positiv" versus "Verschlossen, negativ" einer komplexen, einigermaßen realistischen Einstellungsstruktur in diesem Bereich nicht entsprochen hätte.
   Die Heterogenität dieser Skala spiegelt vermutlich auch eine erhebliche Ambivalenz der Einstellung in diesem Bereich wieder. Wenn es sich also nicht um ein psychometrisches Artefakt handelt, sondern einen inhaltlichen Aspekt wiedergibt, ist natürlich das Kriterium der inneren Konsistenz problematisch und eigentlich hier nicht anwendbar. Dieses Argument reicht aber für die Beibehaltung der Skala nicht aus, weil sie darüber hinaus zu einem ganz allgemeinen komplexen Einstellungsbereich gehört und Zusammenhänge mit der Alkoholabhängigkeit kaum bekannt sind und erst einer vorausgehenden inhaltlichen Analyse bedürfte.

Ungewöhnlich ist auch die Kürze der Skala Kontrollfähigkeit mit nur 4 Items. Bei den meist üblichen Ja-Nein Fragen wird durch eine Kürzung generell die Reliabilität erniedrigt und zwar sowohl bezüglich der Aspekte

der inneren Konsistenz als auch bezüglich der Wiederholungsreliabilität. Das gilt grundsätzlich natürlich auch für mehrstufige bipolare Items. Die Kürzung der Skala war jedoch deshalb notwendig, weil die Beibehaltung der ausgeschiedenen Items zu einer deutlichen Verschlechterung der inneren Konsistenz beigetragen hätte. Dadurch ergibt sich jetzt eine größere Sensibilität für abweichende Antworten bei wiederholter Anwendung der Skala. Wenn diese Sensibilität eine Einstellungsänderung erfaßt, ist dies natürlich erwünscht, sofern einer solchen Änderung auch eine Bedeutung im Verhalten zukommt. Bei einer Skala von 4 bipolaren Items mit jeweils 7 Abstufungen ergeben sich insgesamt noch 28 Abstufungen für die Skalenwerte, womit eine ausreichende Differenzierungsmöglichkeit gesichert erscheint, auch wenn die Extremwerte nur selten vorkommen dürften.
Bei der Skala "Einstellungen zur Veränderung des Trinkverhaltens" ist es ebenfalls zu einer Reihe von Veränderungen gekommen. 3 Items wurden aus der Skala entfernt und statt dessen zwei neue Items, die ursprünglich zu der Skala Kontrollfähigkeit gehörten, hinzugefügt. Diese Veränderungen basieren wiederum auf der Analyse der inneren Konsistenz. Aber auch inhaltlich passen die Items dazu. Es handelt sich einmal um das Item HC28 "Mir ist nicht wichtig, ob ich mein Trinken jederzeit unter Kontrolle halten kann". Wenn man sich diese Frage inhaltlich genauer ansieht, dann wird plausibel, daß diese weniger auf die tatsächliche Kontrollfähigkeit abzielt, sondern die Einstellung bezüglich der Kontrolle des Trinkens meint und damit mehr die potentielle Bereitschaft, den eigenen Alkoholkonsum bei entsprechenden Problemen jederzeit unter Kontrolle

zu halten und ihn in entsprechender Weise zu korrigieren. Die Skala Kontrollfähigkeit erfaßt dagegen mehr die jeweils aus der Sicht des Probanden gegebene Kontrollfähigkeit und weniger eine Einstellung im Sinne von Wichtigkeit und Bedeutung der Kontrolle des eigenen Trinkverhaltens. Inhaltlich läßt sich in ähnlicher Weise bei dem Item HC43 "Ich glaube nicht, daß ich längere Zeit ohne Alkohol auskommen könnte" begründen, daß es besser zu der Skala ETRI als zu der ursprünglichen Skala KONTR gehört. Diese Änderungen zeigen meines Erachtens, daß die Analyse der inneren Konsistenz in sensibler Weise inhaltliche Aspekte widerspiegelt, die bei der theoretischen Zuordnung der Items zu den Skalen zu wenig beachtet worden sind.

Die übrigen Veränderungen erscheinen wenig problematisch, so daß sie hier nicht noch einmal aufgeführt werden (s. Tabelle 16, Anhang 1).

3.3.1.2 Zu den Ergebnissen der Reliabilität

Betrachtet man die Reliabilitätskoeffizienten der inneren Konsistenz, so fallen vor allem neben der bereits diskutierten Skala EUMW die sehr niedrigen Werte der Skalen PMOT (Personenorientierte Trinkmotivation) und ORG (Organische Störungen) auf. (s. Tabelle 6, S. 228).
Zunächst zur Skala Trinkmotivation: In der Alkoholikergruppe beträgt die Reliabilität nur 0,424, in der Kontrollgruppe ist sie noch niedriger, nämlich r=0,334. Diese niedrigen Werte lassen sich zunächst wiederum als Hinweis auf die Heterogenität der Items verstehen. Inhaltlich kann man die niedrige innere Konsistenz am ehesten als Ambivalenz im Sinne von Motiven sowohl der Anregung als auch der Dämpfung interpretieren. Die Alkoholwirkung ist demnach zumindest bei einigen Probanden nicht eindeutig in Richtung

Anregung oder in Richtung Dämpfung einzuordnen, sondern beide Wirkungen können bei ein- und demselben Probanden auftreten. Das würde bedeuten, daß für die Erfassung der Trinkmotivation zwei unipolare Skalen eingesetzt werden müßten, und die Ambivalenz der Alkoholwirkung dann durch relativ hohe Werte sowohl auf der Skala für Trinkmotive der Anregung als auch auf der Skala für Trinkmotive der Dämpfung charakterisiert wird.

Auf die Komplexität des Zusammenhanges zwischen Reliabilität und Ambivalenz der Trinkmotivation sei nun noch etwas näher eingegangen. Das Zustandekommen von mangelnder Konsistenz und Ambivalenz läßt sich mindestens auf drei Fälle zurückführen, die sich gegenseitig jedoch nicht ausschließen.

1. Ambivalenz kann bei ein- und demselben Item und ein- und demselben Probanden auftreten. Ein Proband kann sich beispielsweise sagen, daß er einmal trinkt, um aggressive Regungen besser kontrollieren zu können und in einer anderen Situation trinkt er, um seine Aggressionen besser durchlassen zu können. Wie soll er sich dann bei der Beantwortung eines solchen Items entscheiden? Durch die bipolare Item-Formulierung wird ihm nahegelegt, sich für das Überwiegen der einen oder anderen Seite zu entscheiden. Bei völligem Gleichgewicht kann er die Weder-Noch Kategorie ankreuzen. Damit wird diese Art der Ambivalenz letztlich mit der Skala nicht erfaßt.
2. Die Ambivalenz ein-und desselben Probanden kann auch bei verschiedenen Items zum Ausdruck kommen. Die Antwort einer dämpfenden Wirkung bei einem Item ist dann kombiniert mit Trinkmotiven der Anregung bei einem anderen Item. Bei völliger Ausgeglichenheit dieser Trinkmotive ergäbe sich dann der theoretische Skalenmittelwert. Auf die innere Konsistenz hat dieser Fall einen negativen Einfluß, der Trennschärfe-Koeffizient müßte demnach niedrig sein.

3. Man betrachtet nun den Fall von zwei verschiedenen Probanden. Wenn zwei Probanden bei einem Item dieselbe Motivrichtung angeben, während sie bei einem zweiten Item entgegengesetzte Trinkmotive ankreuzen, so ergibt sich damit eine weitere Form der Ambivalenz, die man vielleicht in diesem Fall besser als mangelnde Übereinstimmung bezeichnen sollte.

Wie bzw. in welchem Ausmaße wirken diese drei Fälle nun auf eine Erniedrigung der Reliabilität ein?
Fall 1 der Ambivalenz bei einem einzelnen Item wird keine Auswirkung auf die Relaibilitätsberechnung der inneren Konsistenz haben, aber u.U. zu einer Minderung der Varianz beitragen, wenn Probanden mit ambivalenten Motiven deshalb im Durchschnitt häufiger die Null im Sinne von "Sowohl als auch" ankreuzen. Fall2 der mangelnden Konsistenz bei verschiedenen Items ein- und desselben Probanden müßte zu einer erhöhten Varianz für den einzelnen Probanden führen. Außerdem bedeutet dieser Fall, daß man bei einem Probanden von einem Wert eines Items nicht auf den Wert bei anderen Items schließen kann. Dies schlägt sich bezogen auf die Stichprobe, in einer geringeren Trennschärfe der Items und in einer geringeren inneren Konsistenz nieder.
Fall 3 erscheint nicht unabhängig von Fall 2. Man stelle sich vor, daß ein Proband konsistent in Richtung Anregung antwortet, ein anderer dagegen einmal in der einen, einmal in der anderen Richtung und ein dritter betont konstant die dämpfende Alkoholwirkung. Nur diejenigen Probanden, die nach widersprüchlichen Motivrichtungen antworten, werden die Konsistenz und Trennschärfe herabsetzen. Damit ergibt sich hier dieselbe Situation wie in Fall 2.

Zur geringeren Reliabilität der Skala ORG läßt sich sagen, daß diese Skala wegen der Erhebung als Fremdbeurteilungs-

teil eine Sonderstellung einnimmt. Die Bedeutung von organischen alkoholbedingten Störungen für die Prognose und dem Verlauf der Alkoholabhängigkeit erscheint insgesamt noch nicht ausreichend geklärt. Entsprechende Validitätskriterien sollten dann letztlich über die Brauchbarkeit der Skala entscheiden. Außerdem handelt es sich dabei um einen Grundaspekt des Alkoholismus, den man nicht einfach ignorieren kann, wenn insgesamt die Grunddimensionen der Alkoholabhängigkeit erfaßt werden sollen. Auch besteht Grund für die Annahme, daß eine genauere Erfassung organischer Störungen ,als in der vorliegenden Untersuchung es möglich war, zu einer Erhöhung der Reliabilität führen wird. Eine hohe innere Konsistenz ist bei der Heterogenität der Störungen im Grunde nicht zu erwarten. Im übrigen soll hier abschließend auf das Dilemma hingewiesen werden, daß heterogene Tests mit praktisch wichtigen Validitätskriterien oft höher korrelieren als homogene Testverfahren (vgl. Lienert 1969). Deshalb sollte die Entscheidung über die Brauchbarkeit dieser beiden Skalen von empirischen Zusammenhängen mit Validitätskriterien abhängig gemacht werden.

3.3.1.3 Zur Normierung

Die übliche empirische Normierung anhand der Daten einer möglichst repräsentativen, zumindest aber für den jeweiligen Anwendungsbereich repräsentativen Stichprobe hat einmal das Problem der Stichprobenabhängigkeit und führt zum anderen zu theoretisch-inhaltlichen Problemen der Einstellungsmessung. Die Ausprägungen der Einstellung kann null oder neutral sein, auch wenn der Mittelwert einer repräsentativen Stichprobe davon abweicht. Bei der Erfassung von Einstellungsdimensionen im Bereich der Alkoholabhängigkeit, kommt es nicht nur auf einen Vergleich mit Durchschnittswerten einer Alkoholikergruppe an, sondern

zunächst geht es um eine allgemeine Charakterisierung der Einstellungsstruktur der Alkoholikergesamtgruppe oder einer Alkoholikerteilgruppe, die meines Erachtens durch eine theoretische Standardisierung, wie sie im Abschnitt 3.2.4.1.4 dargestellt ist, besser ermöglicht wird. Wichtig erscheinen hier beide Möglichkeiten einer Standardisierung bzw. Normierung, so daß je nach Fragestellung die entsprechende theoretische oder empirische T-Transformation gewählt werden kann. Wenn es sich um mehr allgemeine Fragen über die Einstellungsstruktur von Alkoholabhängigen handelt, wird man besser die theoretische Normierung wählen, wenn Aussagen und Vergleiche von Alkoholikerteilgruppen gemacht werden sollen, erscheint die empirische Normierung sinnvoller.

3.3.2 Zur Validität der Skalen

3.3.2.1 Zusammenhang mit dem Münchner Alkoholismustest (MALT)

Die multiple Korrelation aller 8 Skalen mit dem MALT-Gesamtwert ist mit r=0,92 recht hoch, so daß die Skalendimensionen auch für eine Alkoholismusdiagnose geeignet erscheinen. (S. Tabelle 16, Anhang 1) Allerdings wäre für den vorliegenden mehrdimensionalen Alkoholismustest die Fragestellung zu aufwendig im Vergleich zur Anwendung des MALT. Betrachtet man nur die 5 bipolaren Skalen, so ist der multiple korrelative Zusammenhang mit dem MALT deutlich geringer und gleichzeitig die Zahl der Fehlklassifikationen deutlich höher. 96,9% der Nichtalkoholiker und 90,2% der Alkoholiker werden richtig zugeordnet (s. Tabelle 8, S.242). Wenn man den Beitrag der einzelnen Skalen zur Diskriminanzanalyse anhand der standardisierten Koeffizienten der Diskriminanzfunktion betrachtet, so hat die Skala "Soziale Resonanz" das deutlich stärkste Gewicht und die Skala "Einstellung zur Änderung des

Trinkens" (ETRI) zeigt den deutlich geringsten Zusammenhang mit der Diagnose. Bei Verwendung aller 8 Skalen in der diskriminanzanalytischen Funktionsgleichung erhöht sich allerdings der standardisierte Koeffizient dieser Skala beträchtlich; stattdessen werden nun die Koeffizienten der Skalen SEBI, KONTR und PMOT sehr klein d.h. diese Skalen tragen dann kaum mehr etwas zur diskriminanzanalytischen Trennung von Alkoholabhängigen und Nichtalkoholikern bei.
Die größten Gewichte haben nun die Skalen "Symptomatisches Trinkverhalten" und "Organische Störungen".

3.3.2.2 Zum Vergleich Alkoholiker versus Nichtalkoholiker

Daß sich Alkoholiker und Nichtalkoholiker in allen 8 Skalen signifikant voneinander unterscheiden, ist nicht weiter verwunderlich. Wenn man bedenkt, daß die Kontrollgruppe aus Krankenhauspatienten besteht, dann kann man von einer repräsentativen Stichprobe von Normaltrinkern jedoch kaum sprechen. Daher ist zu erwarten, daß körperlich gesunde Normalpersonen in ihren Antworten noch stärker von den Skalenergebnissen der Alkoholkranken abweichen werden.
Wichtig erscheint, daß die Gruppe der Alkoholiker auf den einzelnen Skalen einen z.T. recht breiten Überschneidungsbereich mit den Normaltrinkern aufweist. Besonders wenn man die Gegensätzlichkeit bipolarer Skalen berücksichtigt, ergibt sich daraus ein starker Hinweis auf eine heterogene Zusammensetzung der Alkoholikerstichprobe.
Die Bereitschaft der Alkoholabhängigen, das eigene Trinkverhalten zu verändern, ist nur leicht stärker ausgeprägt als bei Normaltrinkern. Wenn man bedenkt, daß ein Großteil der Alkoholabhängigen sich in stationärer Entwöhnungstherapie befand und der andere Teil zumindest mit den Alkoholschäden konfrontiert wurde, dann wäre eigentlich eine größere Veränderungsbereitschaft zu erwarten gewesen. Zu diesem wenig

ausgeprägten Ergebnis kann aber auch ein Problem bei der Fragebogenbeantwortung beigetragen haben, nämlich die Frage, auf welche Zeit sich die Antworten der Probanden beziehen. Die mündlich gegebene Instruktion bei der Fragebogenbeantwortung lautete, daß sich die Fragen auf den Zeitraum von ca. dem letzten halben Jahr vor Beginn der jetzigen Behandlung beziehen sollten, als sie noch Alkohol getrunken hätten. Auf dieser Skala können im Zeitraum der Kontaktphase bis zum Beginn der Behandlung besonders deutliche Änderungen erwartet werden. Veränderungen in den anderen Skalen können dagegen z.T. auch auf eine genauere und unverfälschtere Wahrnehmung eigener Verhaltensweisen und Konflikte, wie sie sich im Verlauf einer Behandlung relativ häufig ergibt, beruhen.

3.3.2.3 Zur inhaltlichen Interpretation der einzelnen Skalen

Unproblematisch hinsichtlich der inhaltlichen Bedeutung ist die Skala "Soziale Resonanz" bezüglich des Alkoholkonsums, so daß hier nicht mehr näher darauf eingegangen wird. Bei den anderen bipolaren Skalen soll hier noch einmal deren inhaltliche Bedeutung diskutiert werden.

Bei der Skala "Kontrollfähigkeit" besteht das Problem, genauer zu unterscheiden zwischen der Wichtigkeit und subjektiven Bedeutung, welche die Kontrollfähigkeit über den eigenen Alkoholkonsum für den einzelnen Probanden hat, und der tatsächlichen, wenn auch aus subjektiver Sicht des Probanden beurteilten Kontrollfähigkeit. Nur der letztere Aspekt wird mit der Skala KONTR erfaßt. Die Wichtigkeit und Bedeutung dieser Kontrolle geht dagegen in die Skala ETRI ein, mit der ja eine grundsätzliche Veränderungsbereitschaft bezüglich des Alkoholtrinkens erfaßt werden soll. Diese Veränderungsbereitschaft ist jedoch nicht als eine aktuelle, sondern als potentielle Bereitschaft zu verstehen, die erst durch andere Bedingungen

z.B. einem Leberschaden aktualisiert werden muß, damit sie zu entsprechenden Verhaltensänderungen führt.
Vergleiche mit Ergebnissen anderer Fragebögen können hierzu nicht herangezogen werden, da dieser Bereich meines Wissens kaum mit Hilfe von Fragebögen untersucht worden ist.
Am problematischten ist die Interpretation der Skala "Trinkmotivation" (PMOT). Zu der Frage eines Zusammenhanges zwischen Trinkmotivation und Behandlungserfolgen liegen meines Wissens kaum empirische Ergebnisse vor, im Gegensatz zu der Frage nach einem Zusammenhang zwischen Trinkmotivation und der Höhe des Alkoholkonsums (s.z.B. Revenstorf et al 1974: r=0,68). Entscheidend für die Bedeutung dieser Dimension sind jedoch Ergebnisse über Zusammenhänge mit Behandlungserfolgen. Wie bereits erörtert, besteht das Problem der Skala in der mangelnden inneren Konsistenz und damit zusammenhängend in dem Auftreten gegensätzlicher Motive sowohl in Richtung Anregung als auch in Richtung Dämpfung bei ein- und demselben Probanden. Skalenwerte der Trinkmotivation sagen unmittelbar nichts über die Zahl der Trinkmotive aus, ebensowenig sagen sie etwas über die Stärke dieser Motive. Im Vordergrund steht bei dieser Skala die Richtung der Trinkmotivation hinsichtlich Anregung versus Dämpfung. Durch Halbierung der 7-stufigen Ratingskala pro Item lassen sich getrennt Informationen erhalten a) über Trinkmotive der Anregung und b) über Trinkmotive der Dämpfung. Die Wichtigkeit dieser Gegenüberstellung von Motiven der Anregung und Motiven der Dämpfung kann jedoch nur in Untersuchungen zum Behandlungserfolg geklärt werden.
Bei der Skala "Selbstbild unter Alkohol" (SEBI) ergibt sich im Prinzip das gleiche Grundproblem, daß nämlich ein positives oder negatives Selbstbild vom jeweils situativen und reaktiven Kontext des Alkoholtrinkens abhängig sein kann. Eine solche Ambivalenz kann auch in ein- und derselben

Situation auftreten, z.B. wenn ein Alkoholabhängiger sich nach Alkoholkonsum zwar einerseits erleichtert und wohler fühlt, aber andererseits sich auch Vorwürfe macht, daß er nicht in der Lage sei, mit dem Problem Alkohol fertig zu werden und ähnliches mehr. Diese innere Reaktion auf das Alkoholtrinken sollte mit dieser Skala nicht erfaßt werden, wird jedoch z.T. in die Antworten mit eingehen, da es ja insgesamt den psychischen Zustand unter Alkoholeinfluß mitbestimmt. Es ist eine offene Frage, ob unangenehme Zustände wie Ängste oder Unwohlsein unter Alkoholeinwirkung mehr reaktiv oder unmittelbar auf die organische Alkoholwirkung zurückgeführt werden können. Beides ist denkbar. Außerdem ist gut vorstellbar, daß unter Alkohol ein kathartischer Effekt eintritt, der insgesamt zu einer psychischen Entspannung beiträgt, ohne daß dies unmittelbar unter der Alkoholeinwirkung erlebt wird.

Für die Skala "ETRI"gilt, daß damit nicht eine aktuelle Motivation zur Abstinenz oder zur Veränderung des Trinkverhaltens erfaßt wird, sondern eine zunächst latente Veränderungsbereitschaft, die in Abhängigkeit von weiteren Umständen wie z.B. der Einsicht in negative Auswirkungen des Trinkens aktualisiert d.h. zu einer tatsächlichen Veränderung des Trinkverhaltens beitragen kann.

Bei den Ja-Nein Skalen erscheint auf den ersten Blick eine inhaltliche Interpretation weniger problematisch. Doch ist z.B. wenig klar, was mit der Skala "Symptomatisches Trinkverhalten" inhaltlich erfaßt wird, wenn man einmal von der Interpretation als Häufigkeit verschiedener für Alkoholiker typischen Trinkverhaltensweisen absieht. Man kann sich z.B. fragen, was bedeutet es, wenn jemand viele Items bejaht im Vergleich zu jemanden, der nur wenige Items dieser Skala positiv beantwortet. - Liegt das

an unterschiedlich starken Verfälschungstendenzen, an einem unterschiedlichen Alkoholismustyp, kommt darin eine unterschiedliche Stärke der Alkoholabhängigkeit zum Ausdruck oder zeigt sich letztlich darin wiederum nur die mangelnde Kontrollfähigkeit bezüglich des Alkoholkonsums? Eine Antwort auf diese Fragen kann am ehesten durch weitere Validitätsuntersuchungen über den Zusammenhang mit Therapieerfolgen gefunden werden, vorläufig kommt diesen Skalen vor allem diagnostische Bedeutung zu. Bei den Skalen "Beschwerden und Funktionsstörungen" sowie "Organische Störungen" erscheint eine inhaltliche Interpretation weniger schwierig, wenn auch deren Bedeutung im Gesamtzusammenhang der Alkoholabhängigkeit noch offen ist und ebenfalls erst durch Untersuchungen über Zusammenhänge mit Behandlungserfolgen weiter geklärt werden kann.

3.3.2.4 Zum Vergleich Männer und Frauen

Alkoholabhängige Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander bis auf die Skala "Organische Störungen, wobei Männer mehr organische Störungen aufweisen als Frauen. Damit lassen sich auf diesen Skalendimensionen die häufig diskutierten Unterschiede zwischen alkoholabhängigen Männern und Frauen nicht nachweisen (vgl. z.B. Beckmann 1975,76; Davies-Osterkamp1975). Interessanterweise ergibt sich in der Kontrollgruppe eine signifikant geringere Bereitschaft bezüglich der Änderung des Trinkverhaltens bei den Männern im Vergleich zu den Frauen. Dieser Unterschied spielt offenbar bei Alkoholabhängigen keine Rolle mehr. Dazu läßt sich auch ein Zusammenhang herstellen mit der Tatsache, daß weitaus weniger Frauen alkoholabhängig sind als Männer. Das Verhältnis beträgt etwa 7 Männer zu 1 Frau (Feuerlein und Küfner 1977). Eine hypothetische Erklärung könnte darin

bestehen, daß Männer allgemein mehr Schwierigkeiten und Probleme mit der Kontrolle von Impulsen der verschiedensten Art haben als Frauen und deswegen bei Männern auch eine geringere Änderungsbereitschaft besteht (vgl. Hassenstein 1973).

3.3.2.5 Bedeutung der faktorenanalytischen Ergebnisse

Die faktorenanalytischen Ergebnisse beziehen sich hauptsächlich auf die Alkoholikergruppe, da die Gültigkeit der Antworten in der Kontrollgruppe problematisch erscheint.
Wenn man den Gesamtpoolvon Items der ersten Skalenversion betrachtet, so fällt insgesamt eine Heterogenität der faktorenanalytischen Dimensionen auf im Vergleich zu den theoretisch konzipierten Skalen mit bipolaren Items. Gut reproduziert wird die Skala "Kontrollfähigkeit" (KONTR) und "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens" (ETRI). Die anderen Faktorendimensionen lassen zwar eine deutliche inhaltliche Beziehung zu den Skalen der ersten Version erkennen z.B. Faktor 2 Alkoholwirkung, welcher Items der Skalen SEBI und PMOT umfaßt,oder der Faktor 6 "Soziale Resonanz bezüglich Trinken" (SOZRES); dennoch erfolgt hier eine letztlich schwer interpretierbare Aufsplitterung vor allem der Trinkmotivation, des Selbstbildes unter Alkohol und der Einstellung gegenüber der sozialen Umwelt, was auf eine erhebliche Heterogenität der Skalen hinweist.
Die 2. Faktorenanalyse der neuen Skalenversion ergibt dagegen eine größere Homogenität und eine inhaltlich befriedigende Übereinstimmung mit den neuen Skalenversionen (s.Tabelle 44 , Anhang 1). Trotz dieser Übereinstimmungen sollten die Schwierigkeiten der Zuordnung einzelner Items zu den Faktorendimensionen nicht übersehen werden, besonders wenn man Faktorenladungen $< 0{,}5$ berücksichtigt.

Die Faktorenanalyse der beiden Selbstbeurteilungsskalen mit Ja-Nein Antworten führt im wesentlichen zu 2 Faktorendimensionen, die den beiden theoretisch konzipierten Skalen sehr gut entsprechen (s. Tabelle 45, Anhang 1). Damit ergibt sich insgesamt eine recht gute faktorenanalytische Bestätigung der 2. Skalenversion.

3.3.2.6 Zu den Ergebnissen der Regressionsanalysen und der Pfadanalyse

Bei der Pfadanalyse geht es im wesentlichen um eine empirische Analyse der korrelativen Beziehungen der Skalen untereinander sowie um Hinweise auf Kausalbeziehungen.
Wenn man zunächst nur die bipolaren Skalen in der Alkoholikergruppe betrachtet (s. Abbildung 20Anhang 2), so besteht der stärkste Zusammenhang zwischen der Skala "Soziale Resonanz" und der Skala "Selbstbild unter Alkohol" und zwar derart, daß je positiver das Selbstbild unter Alkohol desto negativer ist die soziale Resonanz. Problematisch erscheint zunächst die Frage der Wirkrichtung, da zwischen SEBI und SOZRES kaum eine direkte Wirkbeziehung angenommen werden kann und entsprechende Zwischenvariable offensichtlich nicht erfaßt werden. Erstaunlich ist, daß zwischen den Skalen SEBI und PMOT sowie zwischen SEBI und KONTR kein unmittelbarer korrelativer Zusammenhang besteht. Demgegenüber erscheint die Skala (PMOT) "Trinkmotivation" in einem direkten Zusammenhang mit der Skala "Kontrollfähigkeit" (KONTR) zu stehen. Das Selbstbild unter Alkohol steht also in einem relativ starken Zusammenhang mit der sozialen Resonanz nicht dagegen mit der Kontrollfähigkeit bezüglich des Trinkens. Eine Interpretation dieser korrelativen Zusammenhänge könnte folgendermaßen aussehen: Eine negative soziale Resonanz führt dazu, daß verstärkt ein Ausgleich in einem positiven Selbstbild unter Alkohol gesehen und erlebt wird;

aber auch umgekehrt, daß ein positives Selbstbild unter Alkohol die soziale Reaktion als negativer erleben läßt. Daß die Skala SEBI sehr viel mit einem sozialen Bezug zu tun hat, zeigt auch die klare Beziehung zu der Skala Einstellung zur sozialen Umwelt. Je positiver das Selbstbild unter Alkohol ist, desto offener und freier ist auch die Einstellung zur sozialen Umwelt.
Ein leichter zu interpretierender Zusammenhang ergibt sich zwischen den Skalen PMOT und KONTR: Hier erscheint die Wirkrichtung plausiblerweise von der Trinkmotivation hin zur Kontrollfähigkeit zu erfolgen.
Erstaunlich ist die deutliche Beziehung zwischen den Skalen EUMW und ETRI: Je offener die Einstellung zur sozialen Umwelt, desto geringer die Veränderungsbereitschaft. Eigentlich würde man eher die umgekehrte Beziehung erwarten. Interessant erscheint auch der Zusammenhang, daß je besser die Kontrollfähigkeit ist, desto höher ist die Veränderungsbereitschaft des Trinkverhaltens. Interpretierend könnte man sagen, daß dies nur durch eine entsprechende Abwehrhaltung verständlich wird, da sonst angenommen werden müßte, daß eine geringe Kontrollfähigkeit mit einer größeren Veränderungsbereitschaft verbunden ist, was ja in einer Therapie bzw. in der Vorbereitung und Motivation für eine Therapie erforderlich erscheint.

In der Kontrollgruppe zeigt sich z.T. eine Übereinstimmung der Beziehungen, z.T. auch deutliche Abweichungen. Wiederum ergibt sich zwischen den Skalen SEBI und KONTR kein Zusammenhang. Die Beziehungen zwischen "Sozialer Resonanz" und "Selbstbild unter Alkohol" ist, wie eigentlich zu erwarten, weniger deutlich ausgeprägt als in der Alkoholikergruppe. Der Zusammenhang zwischen den Skalen SEBI und EUMW bleibt dagegen erhalten. Ein deutlicher Zusammenhang ergibt sich nun zwischen den Skalen PMOT und ETRI und zwar in dem Sinne, daß Trinkmotive in Richtung Beruhigung und Dämpfung mit einer geringeren Änderungsbereitschaft verbunden sind.

Verstärkt hat sich in der Kontrollgruppe der Zusammenhang zwischen den Skalen PMOT und SOZRES: Je mehr Trinkmotive in Richtung Beruhigung und Dämpfung vorliegen, desto negativer ist die negative soziale Resonanz bezüglich des eigenen Trinkverhaltens.
Wenn man alle Skalen in die regressionsanalytischen Gleichungen einbezieht (s.Tabelle 14 , Anhang1), so zeigt sich, daß die Skalen "Soziale Resonanz", "Kontrollfähigkeit" und "Symptomatisches Trinkverhalten" am stärksten durch die anderen Skalen bestimmt werden, auch wenn der ungeklärte Varianzanteil noch immer zwischen 50 und 80% liegt.
Die Tatsache, daß die Skala "Symptomatisches Trinkverhalten" am besten durch die anderen Skalen erklärt wird (48,7% erklärter Varianzanteil), spricht für den erwarteten Zusammenhang der Skalen bezüglich der Erklärung des Trinkverhaltens. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß ein solcher Zusammenhang in einer Querschnittsanalyse gewonnen wurde, und damit noch nichts endgültiges über die prognostischen Eigenschaften der Skalen ausgesagt werden kann. Nur in einer prospektiven Untersuchung kann letztlich diese Frage geklärt werden.

3.3.2.7 Bedeutung der Skalen für Prognose und Verlauf

Auch wenn mit der vorliegenden Untersuchung keine empirischen Aussagen zu Prognose und Verlauf gemacht werden können, erscheint es wichtig, die Bedeutung dieser Skalen hinsichtlich prognostischer Aussagemöglichkeiten zu erörtern und dazu Hypothesen zu entwickeln, die einer empirischen Überprüfung unterworfen werden können.
Letztlich kommt man nicht umhin, bei der Aufstellung von Hypothesen von einer Modellbildung bzw. von theoretischen Vorannahmen auszugehen, wenn man einmal von einfachsten Wenn-Dann Beziehungen absieht, die man einfach nacheinander

empirisch überprüfen kann. Die Vielzahl möglicher komplexer Beziehungen zwischen Variablen macht eine Einschränkung durch mehr oder weniger explizite Voraannahmen nötig. Hier wird davon ausgegangen, daß einfache Wenn-Dann Beziehungen kaum der Realität gerecht werden können. Eine solche einfache Wenn-Dann Beziehung wäre z.B. folgende: Wenn ein Alkoholabhängiger einen größeren Wert auf der Skala "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens" erreicht, dann ist die Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung der Alkoholabstinenz größer. Das mag bei einer entsprechenden Anzahl von Probanden sogar empirisch belegbar sein, im Einzelfall und auch bei einer größeren Stichprobe insgesamt erscheint ein solcher Zusammenhang von nur geringer Bedeutung.

Wir gehen davon aus, daß eine günstige Prognose hauptsächlich von folgenden Einzelfaktoren abhängig ist:

1. Vom inneren und äußeren Druck, bezüglich des Alkoholtrinkens etwas zu verändern;
2. Von der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten mit dem Problem der Alkoholabhängigkeit allein fertig zu werden;
3. Von der Ausprägung eines Abhängigkeits-Autonomiekonfliktes.

Wenn man von diesem hypothetischen Modell einmal ausgeht, kann man sich fragen, in wieweit diese Bereiche durch die Skalen repräsentiert werden können.

Zu Bereich 1 gehören die Skalen ORG, BES und SOZRES. Dies gilt aber nur dann, wenn ein Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch gesehen wird. Ein solcher bedingter Einfluß kann in regressionsanalytischen Modellen jedoch kaum dargestellt werden.

Ein regressionsanalytisches Modell würde hier nur dann Gültigkeit haben, wenn der Zusammenhang dieser Schäden mit dem Alkoholmißbrauch gesehen wird. (Unter der Voraussetzung, daß alle anderen Faktoren konstant gehalten werden).

In dem Bereich 2 läßt sich die Skala "Kontrollfähigkeit des Trinkens" einordnen. Über die Bedeutung dieser Skala läßt sich vermuten, daß sie nur im Sinne einer notwendigen Bedingung und weniger in einer quantitativen Wenn-Dann Beziehung wirksam wird. Die Umwandlung einer quantitativen Größe in eine binäre Größe würde bedeuten, einen Trennpunkt zu finden, der zwischen der Wahrnehmung "schlechte Kontrollfähigkeit"und der Wahrnehmung"ausreichende Kontrollfähigkeit"unterscheidet. Nun ist die Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Fähigkeit, mit Problemen und Konflikten fertig zu werden sicherlich auch noch von anderen Einflußfaktoren abhängig, wenn man an psychodynamische Konzepte denkt wie sie z.B. von Theorien zur Kausalattribution bezüglich der Gewinnung von"Verstärkung"angenommen werden. Auch Konzepte des Selbstbildes hinsichtlich des Selbstwertgefühls und des Selbstbewußtseins gehören hierher.
Nicht unabhängig von Bereich 2 ist Bereich 3, der psychodynamisch durch Konflikte im Bereich Abhängigkeit und Autonomie charakterisiert wird. Wir gehen davon aus, daß für eine Suchttherapie das Eingeständnis eigener Ohnmacht nicht nur gegenüber dem Alkohol, sondern darüberhinaus auch das Eingeständnis, allein nicht abstinent werden zu können, erforderlich ist. Dieses Problem führt zu einer Aktivierung von Abhängigkeits- und Autonomiekonflikten, deren Stärke die Wahrnehmung unzureichender Kontrollfähigkeit sowie auch allgemein die Beurteilung der Bewältigung von Problemen und Konflikten überhaupt beeinflussen kann. Dieser Bereich wird mit den entwickelten Skalen nicht direkt erfaßt, schlägt sich aber z.T. in den Skalen "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens" und "Kontrollfähigkeit des Trinkens" nieder.

Zusammenfassend muß man jedoch fragen, ob sich aus diesen Modellvorstellungen eine überprüfbare Gesamthypothese ableiten läßt, die ein regressionsanalytisches Vorgehen ergänzen könnte. Unter praktischen Gesichtspunkten der Formulierung von Aussagen wie: Person X hat eine gute, eine schlechte oder eine völlig unklare Prognose, u.U. noch aufgeschlüsselt nach verschiedenen therapeutischen Einflußfaktoren, erscheint es immer wieder erforderlich, von kontinuierlichen quantitativen Aussagen zu qualitativ abgestuften Aussagen im Sinne von aussagenlogischen Verknüpfungen in Wenn-Dann Beziehungen überzugehen. Solche Aussagen werden jedoch sehr schnell nicht mehr überschaubar, so daß wahrscheinlich nur Simulationsmodelle zu überschaubaren Aussagen über die Prognose führen können. Die Formulierung eines solchen umfassenden Modells unter Einbeziehung von Therapie- und Umweltfaktoren sowie auch von Persönlichkeitsfaktoren würde eine eigene Arbeit erfordern und den vorliegenden Rahmen übersteigen. Es kann aber angenommen werden, daß die vorliegenden Skalen allein zur Prognose kaum ausreichen werden, sondern lediglich einen Teilbereich der für eine differenziertere Prognose relevanten Einflußfaktoren abdecken werden.

3.3.2.8 Bedeutung der Skalen für eine Alkoholismustypologie

Die Alkoholikergruppe Ringgenhof/Höchsten hebt sich am deutlichsten von den anderen Alkoholikerteilgruppen ab. Sie geben die geringste Kontrollfähigkeit an, haben das positivste Selbstbild unter Alkohol, weisen die stärkste Änderungsbereitschaft bezüglich des Trinkverhaltens auf, geben als einzige Alkoholikerteilgruppe gegenüber der Kontrollgruppe mehr Motive der Anregung an, weisen als einzige weniger organische Störungen auf als eine andere Alkoholikerteilgruppe und äußern mehr subjektive Beschwerden.

Auch in anderen Untersuchungen an den gleichen Behandlungseinrichtungen (vgl. Rolle 1979, Kerb 1977) hat sich gezeigt, daß die Alkoholikergruppe Ringgenhof/Höchsten sich deutlich von anderen Alkoholikergruppen unterscheiden, indem sie mehr Probleme und Konflikte angeben und offener in ihren Antworten erscheinen als andere Alkoholikergruppen.

Eine Interpretation dieser Ergebnisse ist schwierig, weil sich hier einmal Ergebnisse einer mehr oder weniger lang dauernden Behandlung und zum anderen der Einfluß eventuell unterschiedlicher Patientenselektionen vermischen und als zeitliches Querschnittsbild kaum voneinander zu trennen sind. Wenn man diese Ergebnisse unter dem Aspekt unterschiedlicher Phasen der Krankheitsentwicklung und der Krankheitsgenesung d.h. insgesamt des Verlaufes betrachtet, läßt sich die Hypothese vertreten, daß die Patientengruppe Ringgenhof/Höchsten weiter in dem Genesungsprozeß fortgeschritten sind als andere Alkoholikerteilgruppen. Diese Annahme läßt sich nun unabhängig von dem Problem begründen, ob diese Unterschiede durch die Behandlung, durch einen entsprechenden Selektionsprozeß oder durch beide zustande gekommen sind. Auch wenn eine entsprechende Selektion vorgenommen wird, so kann diese anhand von Verlaufskriterien wie z.B. einer entsprechenden Therapiebereitschaft erfolgen.

Am wenigsten plausibel erscheint die Annahme, daß es sich hauptsächlich um unterschiedliche Typen von Alkoholabhängigen handelt. Die Skalenwerte der Alkoholikergruppe Ringgenhof/Höchsten lassen sich inhaltlich am besten verstehen, wenn man sich fragt, welche Einstellungen bzw. Skalenwerte sollte ein Patient mitbringen oder entwickeln, so daß für ihn eine günstige Prognose gestellt werden könnte.

Um abstinent zu bleiben, muß jemand seine Kontrollfähigkeit

als sehr niedrig einschätzen; je niedriger, um so weniger wird er auf den Gedanken kommen, es noch einmal auszuprobieren, ob er vielleicht wieder kontrolliert trinken könnte. Ein positives Selbstbild unter Alkohol stellt die Grundlage dar für ein subjektives Verstehen den eigenen Alkoholmißbrauchs und bildet gleichzeitig des Ausgangspunkt, auch ohne Alkohol solche positiven Selbstwertgefühle zu erreichen. Ohne das Erleben der positiven Wirkung des Alkohols bleibt die eigenen Abhängigkeit paradox und unverständlich, es sei denn man weicht auf eine rein biologische Erklärung des Kontrollverlustes aus. Die Angaben von Trinkmotiven mehr in Richtung Anregung und Aktivierung kann wiederum als Teilprozeß des eigenen Verstehens und Erklärens der Abhängigkeit aufgefaßt werden. Gleichzeitig dient es als Ansatz für Veränderungsziele. Eine größere Änderungsbereitschaft ist vermutlich mit mehr Neutralität und Distanz zum Alkohol verbunden, so daß von daher gesehen, eine Alkoholabstinenz nicht mehr so entscheidend und lebensverändernd erscheint. Die Wahrnehmung von Beschwerden und Funktionsstörungen im Zusammenhang mit Alkoholtrinken erscheint günstig, damit sich ein größerer Druck zur Einhaltung der Abstinenz und für andere Verhaltensänderungen entwickeln kann. Die geringere Zahl organischer Störungen kann in Verbindung mit mehr subjektiven Beschwerden eine größere Körperbezogenheit der Patienten bedeuten, die eventuell früher auf ihre Alkoholproblematik aufmerksam macht und deshalb weniger schnell zu organischen Störungen führt. Alles in allem erscheint die Ringgenhof/Höchsten Gruppe hinsichtlich der Genesung in einer weiter fortgeschrittenen Verlaufsphase zu sein als die anderen Alkoholikerteilgruppen.

Die Profilunterschiede nach Jellinek lassen sich wegen der geringen Besetzungshäufigkeiten einiger Alkoholismustypen und der vermutlich wenig reliablen und validen

Beurteilung nicht weiter diskutieren. Es wird hier auch angenommen, daß die Typologie von Jellinek wenig zur Prognose beitragen kann, weil die dafür wahrscheinlich relevanten Kriterien keinen direkten inhaltlichen Zusammenhang mit der Einhaltung der Abstinenz aufweisen. Diese Begründung ist vor allem dann plausibel, wenn man eine hauptsächlich biologisch begründete Entstehung der Abhängigkeitserkrankung für wenig wahrscheinlich hält, was natürlich keineswegs ausschließt, daß die Alkoholwirkung im Körper und im zentralen Nervensystem zunächst biologisch-physiologisch abläuft. Die Einhaltung der Abstinenz erscheint in erster Linie als ein komplexer Verhaltensprozeß, welcher durch eine einfache Typologie kaum ausreichend erklärt oder prognostiziert werden kann. Eine solche Auffassung unterstützt zunächst die zweifelhafte Annahme einer Gleichartigkeit der Alkoholabhängigkeit. In der Literatur (vgl. Pattison, Sobell u. Sobell 1977 u.a.) geht die Auffassung eher dahin, daß die Alkoholikergruppe alles andere als eine einheitliche Zusammensetzung aufweist. Wenn man sich überlegt, wodurch die Heterogenität bedingt sein kann, dann kommt man im wesentlichen auf zwei Einflußbereiche:
1. Auf unterschiedliche Alkoholismustypen und 2. auf unterschiedliche Verlaufsphasen. Meines Wissens liegen zu der Frage, welche Bedeutung dem einen oder dem anderen Gesichtspunkt zukommt, kaum empirische Untersuchungen vor. Ich meine, daß die Einhaltung der Abstinenz zwar in unterschiedlicher Weise für den einzelnen begründet sein kann, daß aber trotz stark divergierender Entwicklungen eine erhebliche Strukturierung und Vereinheitlichung auf einige wenige Grundeinstellungen zur Abstinenz sich ergeben, wenn man die Einheitlichkeit des Grundproblems der Abstinenz und den homogenisierenden Einfluß einer Alkoholismustheorie berücksichtigt. Gegen eine Homogenisierung von Einstellungen durch einen psychotherapeutischen Prozeß

sprechen jedoch Ergebnisse, daß sich nach einer Behandlung die Varianz von Persönlichkeitsmerkmalen erhöht.

Der vorliegende Fragebogen erfaßt wahrscheinlich eher Unterschiede hinsichtlich verschiedener Verlaufsphasen als Unterschiede verschiedener Alkoholismustypen, wie sie sich beispielsweise bei der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit eher zeigen könnten. Daß ein Anteil der Varianz auch durch heterogene Alkoholismustypen erklärt werden kann, läßt sich zwar wohl begründen, ist aber vermutlich nur von geringer Bedeutung. Wenn hier von Verlaufsphasen gesprochen wird, so ist damit sowohl der Entwicklungsprozeß als auch der Genesungsprozeß gemeint (vgl. Mulford 1972). Eine Typologie hinsichtlich der Verlaufsphasen wird sich nicht in direkter Weise ergeben, sondern zunächst muß gezeigt werden, daß sich der Verlaufsprozeß mittels der verschiedenen Skalen überhaupt abbilden läßt, und daß diesen Verlaufskriterien überhaupt eine prognostische Bedeutung zukommt.

Der Fragebogen über die zeitliche Entwicklung von Symptomen des Alkoholmißbrauchs kann vor allem darüber Aufschluß geben, ob sich zeitlich stark divergierende Symptomentwicklungen auch in entsprechenden Profilunterschieden niederschlagen. Ein direkter Hinweis auf eine Alkoholismustypologie kann jedoch auch daraus nicht erwartet werden. Insgesamt läßt sich sagen, daß eine frühe Symptomentwicklung mit einem größeren Ausmaß abweichender Skalenwerte verbunden ist, d.h. mehr gesundheitliche Störungen, mehr Trinkmotive der Anregung sowie ein positiveres Selbstbild unter Alkohol. Für die weitere Analyse von Ansätzen zu einer Alkoholismustypologie können aus den Ergebnissen und deren Diskussion eine Reihe von Annahmen abgeleitet werden.

1. Bei der Aufstellung einer Typologie sollte zwischen einer Typologie unterschiedlicher Entstehungsbedingungen und einer Typologie der Verlaufsphasen unterschieden werden.
2. Der vorliegende Fragebogen bildet wahrscheinlich in

stärkerem Maße Unterschiede der jeweils vorhandenen Verlaufsphasen ab als Unterschiede des Bedingungsgefüges.

3. Die Heterogenität einer Alkoholikergruppe ist zu einem beträchtlichen Teil dadurch erklärbar, daß Alkoholiker sich in verschiedenen Verlaufsphasen befinden.
4. Für die Prognose kann die jeweils erreichte Verlaufsphase von Bedeutung sein. Hier wäre zu überprüfen, ob beispielsweise das Testprofil der Gruppe Ringgenhof/Höchsten eine bessere Prognose aufweist. Außerdem könnte man das Testprofil von abstinenten Alkoholabhängigen mit rückfälligen Alkoholabhängigen vergleichen.

3.3.2.9 Theoretische Einordnung der Skalen

Der Konzeption des Fragebogens liegt ein Strukturmodell zugrunde, das bereits in Abschnitt 3.1.4 dargestellt worden ist. Da dieses Modell von sehr allgemeiner Art ist, läßt sich von den empirischen Ergebnissen her wenig dazu sagen. Es handelt sich im wesentlichen um ein statisches Modell, das über die Art der Beziehung zwischen den Variablen bis auf Annahmen über die Wirkrichtung keine näheren Hypothesen aufstellt. So ist z.B. das "Symptomatische Trinkverhalten" als abhängige Variable am besten durch die übrigen Skalen erklärbar und dies stimmt mit dem Grundmodell am besten überein. Entscheidend ist letztlich aber die Brauchbarkeit eines solchen statischen Modells für verschiedene Fragen wie der Prognose und Indikation. Wahrscheinlich liegt die Funktion eines solchen Modells mehr in der besseren Übersichtlichkeit und Systematik als in einem Ansatz für die Vorhersage von Verhalten. Dafür sind dynamische Modelle erforderlich,

wie sie z.B. im Bereich der Einstellungstheorie entwickelt wurden, um Zusammenhänge zwischen Einstellungen und Verhalten besser erfassen zu können.
Es wird nun versucht, die vorliegenden Skalen in das bereits dargestellte Modell von Fishbein u. Ajzen(1975) und in das Modell von Rotter (1966) einzuordnen.
Als erstes zum Modell von Fishbein. Man kommt dabei nicht umhin, die Grundkomponenten dieses Modells noch einmal in Form einer Gleichung kurz darzustellen.
Als abhängige Variable, die vorhergesagt werden soll, kann hier hauptsächlich das Trinkverhalten angesehen werden. Dafür käme einerseits der Alkoholkonsum in Frage und andererseits das "symptomatische Trinkverhalten", womit hauptsächlich das für eine Abhängigkeit typische Trinkverhalten erfaßt wird.
Auf der Seite der unabhängigen Variablen kann man die Skala "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens" der Gleichungskomponente "Einstellung gegenüber beabsichtigtem Verhalten" zugeordnet werden.
Die Komponente "Normative Meinung bezüglich dem Verhalten" könnte, wenn auch mit umgekehrten Vorzeichen, mit der Skala "Soziale Resonanz bezüglich Trinken" erfaßt werden. Schwierig ist dagegen, für die Komponente "Motivation, mit den sozialen Normen übereinzustimmen" eine Skalenzuordnung zu finden.
Dazu liegt keine Skala vor. Meines Erachtens ist dafür auch weniger eine alkoholspezifische Einstellung entscheidend, sondern eine allgemeine Einstellung, mit sozialen Normen übereinzustimmen und auf Abweichungen bzw. Sanktionen sensibel zu reagieren. Denkbar bleibt natürlich, daß eine Skala entwickelt wird, die erfassen soll, wie wichtig es jemanden ist, so zu trinken, daß er mit dem sozialen Normen bezüglich des Alkoholtrinkens übereinstimmt.

Nicht explizit enthalten in der Verhaltensgleichung ist eine Komponente, die als unmittelbare Motivation oder Antrieb eines bestimmten Verhaltens aufgefaßt werden könnte. Vermutlich ist dieser Motivationsaspekt in der Komponente "Einstellung gegenüber beabsichtigtem Verhalten" enthalten, dann aber müßte man diesen Bereich weiter aufgliedern in eine mehr allgemeine Einstellung, wie sie in der Skala ETRI (Einstellung zur Änderung des Trinkens) zum Ausdruck kommt und einer spezifischen Motivation, weiter Alkohol zu trinken oder abstinent zu werden oder zu bleiben bzw. kontrolliert zu trinken.
Hier lassen sich dann die Skalen SEBI (Selbstbild unter Alkohol) und PMOT (Trinkmotivation) im wesentlichen als positive Motive zum Alkoholkonsum sowie die Skalen ORG (Organische Störungen) und BES (Beschwerden und Funktionsstörungen) als hemmende Motive bezüglich des Alkoholtrinkens einordnen.
Vorläufige Hinweise für die empirische Relevanz einer solchen Zuordnung können die Ergebnisse der Pfadanalyse darstellen, auf die bereits in einem vorhergehenden Abschnitt eingegangen wurde.
Rotter (s. Rotter und Kornreich 1979) hat im Rahmen einer Persönlichkeitstheorie zwei Verhaltensgleichungen entwickelt und damit eine empirische Überprüfung von Hypothesen seiner Persönlichkeitstheorie ermöglicht.

Gleichung 1:

$VP_{x,S1Va} = f\ E_{x,VaS1} \times VW_{a,S1}$

$VP_{x,s1Vd}$ = Verhaltenspotential für das Auftreten des Verhaltens x mit dem Verstärkungswert V_a in Situation S_1

$E_{x,VaS1}$ = Erwartung, daß Verhalten x in der Situation S_1 zu dem Verstärkungswert V_a führt

$VW_{a,S1}$ = Verstärkungswert des Verstärkers a in Situation S1

Gleichung 2:

BP = f (BF BW)

BP = Bedürfnispotential
BF = Bewegungsfreiheit
BW = Bedürfniswert

Unter "Bewegungsfreiheit" wird hier die Erwartung verstanden, daß ein bestimmtes Verhalten zu einer bestimmten Bedürfnisbefriedigung führt. Zu dieser Bewegungsfreiheit gehören z.B. generalisierte Erwartungen, durch eigene Problemlösungsfähigkeiten mit Problemen fertig zu werden oder Vorstellungen über die innere bzw. äußere Kontrolle hinsichtlich eigener Verstärkungserlebnisse (u.a.). Mit dem Bedürfnispotential ist eine Folge von Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten von Verhaltensweisen gemeint, die alle das gleiche oder ein ähnliches Ziel haben.
Gleichung 2 ist von einem höheren Abstraktionsniveau und erscheint für eine empirische Überprüfung noch zu wenig operationalisiert. Bei Gleichung 1 ist es eher möglich, eine Zuordnung von Gleichungskomponenten und Skalendimensionen herzustellen. Die abhängige Variable wird in unserem Fall wiederum durch das Trinkverhalten d.h. durch den Alkoholkonsum und das symptomatische Trinkverhalten repräsentiert. Der Komponente "Erwartung, daß das Verhalten V in Situation i zu der Verstärkung a führt" können die Skalen SEBI und PMOT zugeordnet werden. Wenn man von der Abstinenz als einem anderen Zustand der abhängigen Variable Trinkverhalten ausgeht, wird man dafür als unabhängige Variable die Skalen SOZRES, ORG und BES einsetzen können. Damit stößt man auf das Problem der Verrechnung gleichzeitiger Verhaltenspotentiale oder Verhaltensbereitschaften für verschiedene Verhaltensweisen. Dieses scheint in der Verhaltensgleichung von Fishbein und in dem Modell von Rotter nicht ausreichend berücksichtigt. Eine bestimmte Verhaltensbereitschaft oder ein bestimmtes Bedürfnispotential ist sehr häufig sowohl für Alkoholtrinken als auch gegen Alkoholtrinken vorhanden. Wie ein solcher Konfliktfall sich lösen läßt, geht jedoch

aus den theoretischen Vorstellungen der beiden Autoren nicht klar hervor, auch wenn man annehmen kann, daß jenes Verhalten mit dem größten Potential dann tatsächlich in Erscheinung tritt.

Folgerungen:

1. Sowohl in der Verhaltensgleichung von Fishbein als auch von Rotter sind Komponenten enthalten, die über alkoholspezifische Aspekte hinausgehen und die Erfassung alkoholunabhängiger Dimensionen erforderlich machen.
2. Daraus folgt unmittelbar, daß die Skalen des MDA* für eine Vorhersage des Trinkverhaltens nicht ausreichen.
3. Die Verhaltensgleichungen selbst erfassen nur unzureichend konflikthafte Zustände, wie z.B. Bedürfnispotentiale für und gegen das Alkoholtrinken und den daraus sich entwickelnden Entscheidungsprozeß bezüglich des offenen, sichtbaren Verhaltens.

3.3.3 Zu den Ergebnissen mit dem Z-Fragebogen

Der Z-Fragebogen über die zeitlichen Zusammenhänge der Entwicklung verschiedener alkoholspezifischer Symptome und Schäden sollte zeitliche Entwicklungsmuster erkennen lassen und Hinweise für verschiedene Teilgruppen von Alkoholabhängigen aufzeigen.

Zunächst zu den Ergebnissen der Einzelitems: Es fällt auf, daß das Item "erster Rauschzustand" in der Kontrollgruppe signifikant früher auftritt als in der Alkoholikergruppe. Das erscheint eher unwahrscheinlich, wenn man damit die Ergebnisse aus der Literatur vergleicht (Wieser 1966 u.a.). Wie läßt sich jedoch diese Diskrepanz erklären? - Es ist meines Erachtens nicht mehr nachträglich zu klären, ob hier ein Mißverständnis bei der Beantwortung der Frage vorliegt beispielsweise in dem Sinne, daß die

* Kürzel für den vorliegenden Mehrdimensionalen Alkoholismustest (2. Skalenversion)

Alkoholabhängigen mit einem Rauschzustand sehr viel schwerere Zustände der Intoxikation verbinden als die Normaltrinker, für die vielleicht schon ein "Schwips" einen Rauschzustand bedeuten könnte. Durch solche Auffassungsunterschiede könnte dieses ungewöhnliche Ergebnis verständlich werden.
Ein Vergleich mit den Ergebnissen einer Untersuchung von Groegor und Roos (1973), die gleiche Items verwendet haben, ist leider nicht möglich, da die Autoren in ihrer Diplomarbeit keine Angaben zu den Einzelitems aufgeführt haben.
Wenn man nun die Ergebnisse der Profilanalysen mit Hilfe der einzelnen Z-Items betrachtet, dann sei hier noch einmal an die relativ häufigen Unterschiede in den Skalen Organische Störungen, Trinkmotivation und Selbstbild unter Alkohol aufmerksam gemacht. Jene Probanden mit einer bezüglich des Lebensalters frühen Symptomentwicklung geben mehr Trinkmotive der Anregung sowie ein positiveres Selbstbild unter Alkohol an. Hier stellt sich nun die Frage, steht dies im Zusammenhang mit einer schnellen Symptomentwicklung oder ist dies abhängig vom Lebensalter.
In den Profilanalysen mit den paarweisen Zeitdifferenzen verschiedener Symptome, wobei also das Alter keine Rolle mehr spielt, zeigt sich lediglich bei jenen Alkoholikern ein positives Selbstbild, bei denen sich die Symptome schnell entwickeln. Unterschiede bezüglich der Trinkmotivation ergeben sich jedoch hier nicht. Daraus könnte man vorsichtig schließen, daß für die Trinkmotivation weniger der zeitliche Zusammenhang zwischen zwei Symptomen wichtig ist als vielmehr das Lebensalter insgesamt, bei dem die Probanden sich in Behandlung begeben bzw. die Alkoholproblematik sich entwickelt hat und die Patienten damit konfrontiert werden. Bei älteren Alkoholabhängigen

spielen vermutlich Motive der Anregung und Aktivierung eine geringere Rolle.

Folgerungen:
Bei Profilunterschieden spielt offenbar das Alter, in dem die Symptomentwicklung stattfindet, eine gewisse Rolle. Das heißt Probanden mit früher Symptomentwicklung zeigen mehr Motive der Anregung und Aktivierung durch Alkohol sowie ein positiveres Selbstbild unter Alkohol. Eine rasche Entwicklung der Alkoholsymptomatik, unabhängig vom Alter, ist zwar auch häufig mit einem positiveren Selbstbild unter Alkohol verbunden, dagegen scheinen Trinkmotive der Anregung und Aktivierung eine geringere Rolle zu spielen. Die zeitlichen Zusammenhänge der verschiedenen Symptome untereinander ergeben insgesamt kaum Hinweise auf unterschiedliche Typen von Alkoholabhängigen, auch wenn deutlich wird, daß sich Alkoholabhängige mit einer schnellen Symptomentwicklung relativ häufig positiver unter Alkohol erleben, eine geringere Kontrollfähigkeit sich zuschreiben sowie eine negativere soziale Resonanz bezüglich des eigenen Alkoholkonsums aufweisen.
Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bei all diesen Ergebnissen mindestens drei Einflußfaktoren sich vermischen.
1. Das Lebensalter, 2. diezeitliche Reihenfolge der Symptoentwicklung und 3. die unterschiedlichen Entwicklungsstadien der Alkoholabhängigkeit. Unter diesen 3 Gesichtspunkten können eigentlich keine klaren Profilunterschiede erwartet werden. Besondere Bedeutung kommt den unterschiedlichen Entwicklungs- und Genesungsstadien der Alkoholabhängigkeit zu, deren Auswirkung auf die Skalenwerte nicht von den anderen Einflußfaktoren isoliert werden konnte. Entscheidendes Kriterium für die

Bedeutung zeitlicher Zusammenhänge der Symptomentwicklung ist sicherlich der Zusammenhang mit Behandlungserfolgen, über die aber in dieser Untersuchung keine Aussagen gemacht werden können.

3.3.4 Anwendungsmöglichkeiten

Der Mehrdimensionale Alkoholismusfragebogen (MDA) ist psychometrisch nach klassischen testtheoretischen Kriterien überprüft worden und kann nun in verschiedenen Anwendungsbereichen zunächst hauptsächlich als Forschungsinstrument eingesetzt werden, da bislang keine Ergebnisse und Erfahrungen über den Einsatz des Fragebogens bei Verlaufsmessungen oder zur Prognose und Indikation vorliegen.
Für die Diagnosestellung kann der Fragebogentest auch als Ersatz für den Münchner Alkoholismustest dienen, da zu diesem eine sehr hohe Korrelation besteht, wenn man die Dimensionen des MDA in einer Linearkombination zusammenfaßt.
Zentrales Anwendungsgebiet wird jedoch die Verlaufsmessung und das heißt die Erfassung von Veränderungsprozessen sein. Dabei erscheint wichtig, sich vor Augen zu halten, daß die verschiedenen Dimensionen nicht objektive Merkmale wie z.B. die Kontrollfähigkeit bezüglich des eigenen Alkoholkonsums erfassen, sondern die jeweils aktuelle Sichtweise des Probanden wiedergeben. Noch ein weiterer Aspekt ist für die Anleitung zur Beantwortung der Fragen und für die Interpretation der verschiedenen Dimensionen von Bedeutung: Die Aussagen beziehen sich teilweise auf Erfahrungen mit Alkohol, die u.U. schon länger zurückliegen können z.B. bei der Skala Selbstbild unter Alkohol, sollen aber haupt-

sächlich die aktuelle Einstellung und Sichtweise zum Alkoholkonsum erfassen, unabhängig davon, ob jemand in letzter Zeit getrunken hat oder nicht. Das sollte bei der Beantwortung des Fragebogens beachtet werden und den Probanden auch ausdrücklich gesagt werden, da es sonst zu verschiedenen Auffassungen und damit zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommen kann. Schwierigkeiten können sich eventuell auch ergeben, wenn ein Proband noch nie Erfahrungen mit Alkohol gemacht hat. Prinzipiell kann auch ein solcher Proband den Fragebogen ausfüllen, er wird dann eben bei den Dimensionen, die Erfahrungen mit Alkohol voraussetzen, jeweils die 0 ankreuzen müssen, während er bei einigen Fragen durchaus seine Meinung und seine Einstellung zum Alkohol wiedergeben kann.
Die Hauptgruppe von Probanden, bei denen der Fragebogen zum Einsatz kommt, sind ohne Zweifel die Gruppen von Alkoholabhängigen und von Probanden mit Alkoholmißbrauch, aber fraglicher Alkoholabhängigkeit. Hier kann der Fragebogen in jeder Behandlungsphase eingesetzt werden, um den Verlauf der Einstellungen und der Veränderungen der Erfahrungen mit Alkoholkonsum zu erfassen.

4. Zusammenfassung

Die Zielsetzung der Untersuchung besteht hauptsächlich in der Entwicklung eines mehrdimensionalen Alkoholismusfragebogens und dessen psychometrischer Überprüfung. Zusätzlich werden mit diesen Skalendimensionen Unterschiede zwischen einer frühen bzw. raschen und einer späten bzw. langsamen Symptomentwicklung analysiert.
Die Suche nach möglichst alkohlspezifischen Grunddimensionen zur Charakterisierung der Alkoholabhängigkeit erfolgte anhand einer breit angelegten Literaturanalyse zu den Problembereichen: Definitionen und Grundbegriffe des Alkoholismus, Alkoholismustypologien, Alkoholikerpersönlichkeit, biologische Alkoholwirkung, psychische Alkoholwirkung und Einstellungen zum Alkoholkonsum, empirische Dimensionen des Alkoholismus aufgrund von Fragebogen, Entwicklung der Alkoholabhängigkeit und Beurteilungsaspekte von Prognose und Indikation. Es wird dann versucht, die Grunddimensionen in ein systemwissenschaftlich orientiertes Grundmodell einzuordnen. Die theoretisch abgeleiteten Dimensionen werden folgendermaßen benannt:

1. Organische Störungen ORG (im Zusammenhang mit Alkohol)
2. Beschwerden und Funktionsstörungen BES (im Zusammenhang mit Alkohol)
3. Symptomatisches Trinkverhalten
4. Personorientierte Trinkmotivation
5. Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens ETRI (Veränderungsbereitschaft des Trinkens)
6. Kontrollfähigkeit des Trinkens KONTR
7. Selbstbild unter Alkohol SEBI
8. Soziale Resonanz (bezügl. Alkoholkonsum) SOZRES
9. Einstellung zur sozialen Umwelt EUMW

Die ersten drei Skalendimensionen werden mit Ja-Nein Fragen erfaßt, die anderen 6 Dimensionen mit 7-stufigen bipolaren Skalen. Die Ja-Nein Items wurden aus der Literatur entnommen; die bipolaren Skalen wurden zu den einzelnen Dimensionen eigens konstruiert.
In der Voruntersuchung mit 6 im Alkoholismusbereich erfahrenen Experten wurde die Zuordnung der Items zu den Skalen überprüft. Es ergab sich eine zufriedenstellende Zuordnung von Items und Skalendimensionen.

Die Patientenstichprobe besteht aus 172 Alkoholabhängigen von vier verschiedenen Behandlungseinrichtungen, nämlich von zwei psychiatrischen Landeskrankenhäusern, zwei Suchtfachkliniken und einer psychiatrischen Poliklinik. Als Kontrollgruppe wurden 98 nicht alkoholabhängige Patienten eines allgemeinen Krankenhauses untersucht.
Als Außenkriterium zur Validitätsüberprüfung diente einmal die klinische Diagnose Alkoholismus und die Diagnose aufgrund des Münchner Alkoholismustests (MALT); zum anderen wurde für die bipolaren Skalen ein internes Validitätskriterium als Korrelation eines Items mit den Extrembereichen der jeweiligen bipolaren Skala berechnet.
Die Item-Analysen wurden dann nach den testtheoretischen Kriterien der Trennschärfe und der Validität durchgeführt. Zusammen mit Reliabilitätsanalysen der Skalen kam es zu einer Reihe von Skalenänderungen sowie zur Streichung der Skala "Einstellung zur sozialen Umwelt" (EUMW). Die Reliabilitätskoeffizienten der inneren Konsistenz sind bis auf die Skalen Organische Störungen und Personorientierte Trinkmotivation größer als 0,7.
Für die bipolaren Skalen wurde unter der Annahme eines theoretischen Mittelwertes und einer Normalverteilung eine stichprobenunabhängige Standardisierung in T-Werte vorgenommen. Zusätzlich wurde eine bezügl. der Alkoholikergruppe standardisierte empirische Normierung in T-Werte durchgeführt. Für alle Skalen werden zum Vergleich mit den Werten der hier untersuchten Alkoholikergruppe Percentile angegeben.
Multiple Regressionsanalysen mit der Alkoholikergruppe ergaben, daß zwischen 10 und 49 % der Varianz durch die jeweils anderen 7 Skalen (der neuen Skalenversion) erklärbar sind; bei der Kontrollgruppe sind es zwischen 35 und 61 % der jeweiligen Skalenvarianz.
Faktorenanalysen mit der ursprünglichen und der neuen Skalenversion zeigen, daß in der neuen Skalenversion die theoretisch abgeleiteten Dimensionen faktorenanalytisch gut reproduzierbar sind.
Mit Hilfe einer Diskriminanzanalyse der Skalen werden 90,2 % der Alkoholabhängigen richtig klassifiziert. In der Kontrollgruppe beträgt die Zahl der richtigen Klassifikationen 96,9 %.

Mit dem Gesamtwert des Münchner Alkoholismustests ergibt sich eine multiple Korrelation von r=0,92. Nimmt man die Diagnosestellung des Münchner Alkoholismustests als Außenkriterium, so beträgt die Zahl der richtigen Klassifikationen in der Alkoholikergruppe 92,6 %. Wenn man nur die bipolaren Skalen zur Klassifikation verwendet, sinkt die Zahl der richtigen Klassifikationen auf 82,5 % ab.
Im Vergleich der Alkoholiker- und der Kontrollgruppe ergeben sich folgende statistisch signifikante Unterschiede: Alkoholiker haben deutlich mehr organische Störungen; zeigen mehr psychovegetative Beschwerden; weisen mehr pathologisches Trinkverhalten auf; zeigen eine niedrigere Kontrollfähigkeit bezügl. des Alkoholkonsums; geben mehr Trinkmotive an oder beurteilen diese als stärker ausgeprägt; haben ein deutlich freieres, mit dem Gefühl der Stärke verbundenes Selbstbild unter Alkoholeinwirkung; geben eine klar negativere soziale Resonanz bezügl. des eigenen Alkoholkonsums an und haben eine etwas größere Bereitschaft, ihr Trinkverhalten zu verändern als die Kontrollgruppe. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander bis auf die Skala organische Störungen, bei der die Männer mehr Störungen aufweisen.
Die Ergebnisse mit den Fragebogen über das Erstauftreten von Symptomen des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit zeigen, daß die durchschnittliche Zeitdifferenz zwischen erstem Rauschzustand und dem Beginn sozialer Probleme wegen Alkoholmißbrauchs 11 Jahre beträgt; bis zum Auftreten des Kontrollverlusts dauert es etwa 12 Jahre und erste Entzugserscheinungen z.B. Zittern treten durchschnittlich etwa 13 Jahre nach dem ersten Rauschzustand auf.
Alkoholabhängige mit früher Symptomentwicklung zeigen häufig mehr gesundheitliche Störungen, geben mehr Trinkmotive der Anregung und Aktivierung an und erleben ein positiveres Selbstbild unter Alkoholeinwirkung. Wenn man die zeitliche Aufeinanderfolge jeweils zweier Symptome des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit betrachtet, dann ergibt sich bei einer Gruppe mit schneller Symptomentwicklung im Durchschnitt der Trend zu einem positiveren Selbstbild unter Alkohol im Vergleich zu der Gruppe mit einer langsameren Symptomentwicklung.
Der Anwendungsbereich des Mehrdimensionalen Alkoholismustests MDA liegt zunächst hauptsächlich im wissenschaftlichen Bereich für Evaluationsuntersuchungen über Prognose und Verlauf der Behandlung von Alkoholabhängigen.

LITERATUR*

ANASTASI, A.: Psychological testing
London: 1976, 4. Auflage

ANDERSON, D.J., CONLEY, J.J., HOFFMANN, H.: Problems of Comparability for Standardized Personality Inventories in the Assessment of Personality Disturbance in Alcoholics
In: Galanter, M.: Currents of Alcoholism Vd. V Biomedical Issues and Clinical Effects of Alcoholism
New York (u.a.): 1979

ANTONS, K., SCHULZ, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung
Bd. 1, Bd. 2
Göttingen (u.a.): 1976 bzw. 1977

ANTONS, K., HAMPEL, R.: Empirische Taxometrie: Ein Weg zur differentiellen Therapieindikation
In: Antons, K., Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung Bd. 2
Göttingen (u.a.): 1977

ARMOR, D.J., POLICH, M.J., STAMBUL, H.B.: Alcoholism and Treatment
Santa Monica, CA.: 1976

BARNES, G.E.: The Alcoholic Personality; a Reanalysis of the Literature
J.S.A. 40: 571-634 (1979)

BARRY, H.: Psychological Factors in Alcoholism
In: Kissin, B., Begleiter, H.: The Biology of Alcoholism. Volume 3 Clinical Pathology
New York: 1974

BAUMANN, U.: Psychologische Taxometrie
Bern (u.a.): 1971

BECKMANN, L.J.: Woman alcoholics: A review of social and psychological studies
J.S.Alc. 36: 797-824 (1975)

BECKMANN, L.J.: Alcoholism problems and women: An overview
In: Greenblatt, M., Schuckitt, M.A.(Eds Alcoholism problems in women and children
New York: 1976

BERTRAND, S., MASLING, J.: Oral imagery and alcoholism
J. Abnorm. Psychol. 74: 50-53 (1969)

* Das "häufig zitierte" Quarterly Journal of Studies on Alcohol bzw. das Journal of Alcohol wurde mit Q.J.S.A. bzw. J.S.A. abgekürzt.

BLANE, H.T.: The personality of the alcoholic; Guises of dependency New York (u.a.): 1968

BLUMER, H.: Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit 1 Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie Hamburg: 1973

BOWMAN, K., JELLINEK, E.M.: Alcohol addiction and its treatment Q.J.S.A. 2: 98-176 (1941)

BRENK-SCHULTE, E.: Soziotherapie mit Alkoholkranken. Erfolgskontrolle bei einer therapeutischen Gemeinschaft Diss. Bonn: 1979

BROWN, J.S., CROMWELL, CH.R.: Alcohol and conflict resolution. A theoretical analysis. Q.J.S.A. 35: 66-85 (1974)

BUHLER, C., LEFEVER, D.W.: A Rorschach study on the psychological charakteristics of alcoholics Q.J.S.A. 8: 197-260 (1947)

BUTTON, A.D.: The genesis and development of alcoholism: An empirically based schema Q.J.S.A. 17: 671 (1956)

CAHALAN, D., CISIN, J.: American drinking practices: Summary of findings from a national probability sample I u. II Q.J.S.A. 29: 130-151; 642-656 (1968)

CAHALAN, D.: Problem drinkers San Francisco (1970)

CAPPELL, H.: An evaluation of tension models of alcohol consumption In: Gibbons et al (eds.): Research advances in alcohol and drug problems Vol. 2 New York: 1975

CAPPELL, H., HERMAN, C.P.: Alcohol and Tension Reduction: A Review Q.J.S.A. 33: 33-65 (1972)

CHRISTIANI, E., STÜBING, G.: Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit Löveneck/Köln: 1977, 3. Auflage

CLAUSS, G. (Hrsg.): Wörterbuch der Psychologie
Berlin: 1976

CLOPTON, J.R.: Alcoholism and the MMPI
Q.J.S.A. 39: 1540-1558 (1978)

CONGER, J.J.: Alcoholism: Theory, problem and challenge II
Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism
Q.J.S.A. 17: 296-305 (1956)

COWAN, L., AULD, F., BEGIN, P.E.: Evidence for distinctive personality traits in alcoholics
Brit. J. Addict. 69: 199-206 (1974)

CRONBACH, L.J.: Essentials of psychological testing
London: 1964, 2. Auflage

DITTMAR, F., FEUERLEIN, W., VOIT, D.: Entwicklung von Selbstkontrolle als ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung bei Alkoholkranken. Programm und erste Ergebnisse
Z. Klin. Psychol. 7: 90-109 (1978)

DAHLSTROM, W.G., WELSH, G.S.: A MMPI handbook; a guide to use in clinical practice and medicine
Minneapolis: 1960

DAVIES-OSTERKAMP, S.: Alkoholismus bei Frauen
Drug Alc. Dependence 1: 191-213 (1975/76)

ENGLE, K.B., WILLIAMS, T.K.: Effect of an ounce of vodka on alcoholics desire for alcohol
Q.J.S.A. 33: 1099-1105 (1972)

ESSLER, W.K.: Wissenschaftstheorie I
Definition und Reduktion
Freiburg, München: 1970

EVENSON, D., ALTMANN, H., SLETTEN, J.W., KNOWLES, R.R.: Factors in the description and grouping of alcoholics
Ann. J. Psychiat. 130, 49-57 (1973)

EYSENCK, H.J., RACHMAN, S.: Neurosen - Ursachen und Heilmethoden
Berlin: 1971

FAHRENBERG, J., SELG, H., HAMPEL, D.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)
Göttingen: 1973

FENICHEL, O.: The psychoanalytic theory of neurosis
New York: 1945

FERSTL, R., KRAEMER, S. (Hrsg.): Abhängigkeiten. Ansätze zur Verhaltensmodifikation
München (u.a.): 1976

FEUERLEIN, W., RINGER, CH., KÜFNER, H., ANTONS, K.: Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT)
Münch. med. Wschr. 119: 1275-1282 (1977)

FEUERLEIN, W., KÜFNER, H.: Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland
Arch. Psychiat. Nervenkr. 224: 89-106 (1977)

FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit
Stuttgart:1975, 2. Auflage 1979

FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., RINGER, CH., ANTONS, K.: Münchner Alkoholismustest. Manual
Weinheim: 1979

FISCHER, G.H.: Einführung in die Theorie psychologischer Tests
Bern: 1974

FISHBEIN, M., AIZEN, J.: Belief, attitude, intention and behavior
New York: 1975

FOSTER, F.M., HORN, J.L., WANBERG, K.W.: Dimensions of treatment outcome; a factor analytic study of alcoholics responses to a follow-up questionnaire
Q.J.S.A. 33: 1071-98 (1972)

FORSTER, F.M., HORN, J.L., WANBERG, K.W.: Dimensions of outcome following treatment of problems associated with the use of alcohol
Q.J.S.A. 33: 1079-1099 (1972)

FRAME, M.C., OSMOND, W.M.G.: Alcoholism. Psychopathic personality and psychopathic reaction type
Med. Proc., Jhb. 2: 257-261 (1956)
ref. in. Q.J.S.A. 18: (1957)

GILLIES, M., LAVERTY, S.G., SMART, R.G., AHARAN, C.H.: Outcomes in treated alcoholics, patients and treatment characteristic in a one year follow-up study
J. Alcoholism 9: 125-134 (1974)

GLATT, M.M.: Alcoholism disease concept and loss of control revisited
Brit. J. Addict 71: 135-144 (1976)

GRAWE, K.: Indikation in der Psychotherapie
In: Pongratz, L.J. (Hrsg.):
Hdb. der Psychologie. Klinische Psychologie
2. Halbband
Göttingen u.a.: 1978

GROEGOR, W., ROOS, D.: Entwicklung und empirische Erprobung eines Lebensdaten-Fragebogens für Alkoholiker
Münster: Dipl.-Arbeit 1973

GROSS, W.F., NERVIANO, V.J.: The predicition of dropouts from an inpatient alcoholism program by objective personality inventories
J.S.A. 34: 514-515 (1973)

GRÜNBERGER, J.: Psychodiagnostik des Alkoholkranken
Wien (u.a.): 1977

GUILFORD, J.P.: Psychometric methods
New York: 1954 2nd Ed.

HAGUE, W.H., DONOVAN, D.M., O'LEARY, M.R.: Personality characteristics related to treatment decisions among inpatients alcoholics; a non-relationship
J. clin. Psychol. 32: 476-479 (1976)

HALPERN, F.: Studies of compulsive drinkers: Psychological test results
Q.J.S.A. 6: 468-479 (1946)

HAMPTON, P.J.: The Development of a Personality Questionnaire for Drinkers
Genet. Psychol. Monogr. 48: 55-115 (1953)

HATHAWAY, S.R., MC KINLEY, J.C.: Minnesota Multiphasic Personality Inventory Rev. Ed.
New York: 1951

HELWIG, P.: Charakterologie
Freiburg (u.a.): 1967

HILGARD, E.R., BOWER, G.H.: Theorien des Lernens I u. II
Stuttgart: 1970, 1971

HINRICHSEN, J.J.: Locus of control among alcoholics
Q.J.S.A. 37: 908-916 (1976)

HOFFMANN, H., LOPER, R.C., KAMMEIER, M.L.: Identifying future alcoholics with MMPI alcoholism scales
Q.J.S.A. 35: 490-498 (1974)

HOLMES, W. O.: The Development of Empirical MMPI-Scale for Alcoholism
San José State College: 1953

HORN, J.L., WANBERG, K.W.: Symptom Patterns Related to Excessive Use of Alcohol
Q.J.S.A. 30: 35-58 (1969)

HORN, J.L., WANBERG, K.W.: Dimensions of current and background patterns found among excessive drinkers
Q.J.S.A. (1970)

HORN, J.L., WANBERG, K.W., FOSTER, F.M.: Manual for the alcohol use scales
Denver: Fort Logan Mental Health Center 1974

HORN, J.L., WANBERG, K.W., et al: Diagnosis of alcoholism. Factors of drinking, background and current conditions in alcoholics
Q.J.S.A. 35: 147-175 (1974)

HOYT, D.P., SEDLACEK, G.M.: Differentiating alcoholics from normals and abnormals with MMPI
J. clin. Psychol. 14: 69-79 (1958)

JELLINEK, E.M.: Phases of alcohol addiction
Q.J.S.A. 13: 673-684 (1952)

JELLINEK, E.M.: The Disease concept of alcoholism
New Haven: 1960

JESSOR, R., GRAVES, T. D., HANSON, R.C., JESSOR, S.L.: Society, Personality and Deviant Behavior: A study of a Tri-ethnic Community
New York: 1968

JESSOR, R.: Problem Behavior and Psychosocial Development.
A Congitudinal Study of Youth.
New York (u.a.): 1977

IRLE, M.: Lehrbuch der Sozialpsychologie
Göttingen (u.a.): 1975

JONES, M.C.: Personality Correlates and Antecedents of Drinking in Adult Males
J. Cons. Clin. Psychol. 32: 2-12 (1968)

KANFER, H.F., PHILLIPS, J.S.: Learning foundations of behavior therapy
New York (u.a.): 1970

KELLER, M.: Definition of alcoholism
Q.J.S.A. 21: 125-134 (1960)

KELLER, M.: On the loss-of-control phenomenon in alcoholism
Brit.J. Addict. 67: 153-166 (1972)

KELLER, M.: The Disease Concept of Alcoholism Revisited
J.S.A. 37: 1694-1717 (1976)

KERP, P.: Diagnosenkriterien des Alkoholismuns
Inang. Diss. Ludwig-Maximilians-Universität München: 1977

KEUPP, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie
München: 1972

KILTY, K.M.: Attitudinal and Normative Variables as Predictors of Drinking Behavior
Q.J.S.A. 39: 1178-1194 (1978)

KISSIN, B., BEGLEITER, H.: The Biology of alcoholism
Volume 3: Clinical Pathology
New York: 1974

KNIGHT, R.P.: Dynamics and treatment of chronic alcohol addiction
Bull. Menninger Clin. 1: 233-250 (1937)

KRÄMER, S.: Kontrolliertes Trinken als Therapieziel für Alkoholabhängige
Klin. Psychologie 9: 10-22 (1980)

KNUPFER, G., ROOM, R.: Drinking patterns and attitudes of Irish, Jewish and white Protestant American men.
Q.J.S.A. 28: 676-6999 (1967)

KRAMPEN, G., NISPEL, L.: Zur Dimensionalität des Alkoholismus
Z. klin. Psychol. 8: 181-194 (1979)

KRYSPIN-EXNER, K.: Der phasenhafte Verlauf der Restitution
In: Kryspin-Exner, K.: Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit
Wien: 1969

LADEWIG, D., GEAW, P., MIEST, P.-CHR., HOBI, V., SCHWARZ, E.: Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA)
Pharmakopsychiat. 9: 305-312 (1976)

LENNERTZ, E.: Verhaltensgewohnheit und Drogenbindung
Ein lerntheor. Beitrag zum Drogenproblem
Freiburg, München: 1974

LIENERT, G.A.: Testaufbau und Testanalyse
Weinheim (u.a.): 1969, 3. Auflage

LISANSKY, E.S.: The etiology of Alcoholism:
The Role of Psychological Predisposition
Q.J.S.A. 21: 314-343 (1960)

LOPER, R.G., KAMMEIER, M.L., HOFFMANN, H.: MMPI characteristics of college freshman males who later became alcoholics
J. Abnorm. Psychol. 82: 159-162 (1973)

LUDWIG, A.M., WIKLER, A., STARK, L.H.: The first drink: Psychological aspects of craving
Arch. Gen. Psychiatry 30: 539-547 (1974)

LUDWIG, A.M., BENDFELDT, F., WIKLER, A.C. CHIN, R.B.: Loss of control in alcoholics
Arch. Gen. Psychiatry 35: 370-373 (1978)

LÜRSSEN, E.: Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen
Suchtgefahren 20: 145-151 (1974)

MADDEN, J.S.: On Defining Alcoholism
Brit. J. Addict. 71: 145-148 (1976)

MAGNUSSON, D. Testtheorie
Wien: 1969

MAISTO, S.A., SCHEFFT, B.K.: The constructs of craving for alcohol and loss of control drinking:
help or hindrance to research
Addict. Behav. 2: 207-217 (1977)

MANN, L.: Sozialpsychologie
Weinheim u. Basel: 1972 (Originalausgabe 1969)

MARLATT, G.A., DEMMING, B., REID, J.B.: Loss of control of drinking in alcoholics
J. abnorm. soc. Psychol. 81: 233-241 (1973)

MARLATT, G.A.: Alcohol, stress and cognitive control
In: Sarason, I.G., Spielberger, C.D. (eds): Stress and anxiety Vol. 3
Washington: 1976

MARLATT, A.G.: Behavioral assessment of social drinking and alcoholism
In: Marlatt, A.G., Nathan, P.E.: Behavioral approaches to alcoholism
New Brunswick: 1978

MARLATT, A.G., NATHAN, P.E.: Behavioral approaches to alcoholism
New Brunswick, N.Y.: 1978

MASSERMAN, J.H., Yum, K.S.: An analysis of the influence of alcohol on experimental neuroses in cats
Psychosomat. Med. 8: 36- (1946)

MATAKAS, F., KOESTER, H., LEIDNER, B.: Welche Behandlung für welche Alkoholiker? Eine Übersicht.
Psychiat. Praxis 5: 143-152 (1978)

MacANDREW, C., GEERTSMA, R.H.: A critique of alcoholism scales derived from the MMPI
Q.J.S.A. 25: 68-76 (1964)

MacANDREW, C.: The differentiation of male alcoholic out-patients from nonalcoholic psychiatric out-patients by means of the MMPI
Q.J.S.A. 26: 238-246 (1965)

MacANDREW, C.: Self-reports of male alcoholics; a dimensional analysis of certain differences from nonalcoholic male psychiatric out-patients
Q.J.S.A. 28: 43-51 (1967)

McCLELLAND, D.C., DAVIS, W.N., KALIN, R., WANNER, E.: The drinking man. Alcohol and human motivation
New York: 1972

McCORD, W., McCORD, J.: Origins of Alcoholism
Stanford, Cal.: 1960

McCORD, J.: Etiological factors in alcoholism
Family and personality characteristics.
Q.J.S.A. 33: 1020-1027 (1972)

MERKEL, C.M.: Gruppendynamische Konvergenztherapie bei Alkoholkranken
Göttingen: 1976

MILLER, P.M., EISLER, R.M.: Alcohol and drug abuse
In: Craighead, W.E., Kazdin, A.E., Mahoney, M.J. (eds.):
Behavioral modification; principles, issues, and application
Boston: 1975

MILLER, W. R.: Alcoholism scales and objective assessment methods in a review
Psych. Bulletin 83: 649-674 (1976)

MINDLIN, D.F.: The characteristics of alcoholics as related to prediction of therapeutic outcome
Q.J.S.A. 20: 604-619 (1959)

MÖLLER, H.-H.: Methodische Grundprobleme der Psychiatrie
Stuttgart (u.a.): 1976

MULFORD, H.A.: Becoming an ex-problem drinker
Referat auf dem 30. Int. Kongreß über Alkoholismus und Drogenabhängigkeit
Amsterdam: 1972

MYERS, R.D., MELCHIOR, C.L.: Alcohol drinking: abnormal intake caused by Tetrahydropapaveroline in brain
Science 196: 554-556 (1977)

NATHAN, P.E.: Overview of behavioral treatment approaches
In: Marlatt, G.A., Nathan, P.E.
Behavioral approaches to alcoholism
New Brunswick: 1978

NIE, N.H., HULL, C.H., JENKINS, J.G., STEINBRENNER, K. BENT, D.H.: SPSS. Statistical package for the social sciences
New York (u.a.): 1975, 2. Auflage

NUNNALLY, J.C.: Psychometric Theory
New York: 1967

O'LEARY, M.R., ROHSENOW, D.J., SCHAU, E.J., DONOVAN, D.M.: Defensive style and treatment outcome among men alcoholics
J.S.A. 38: 1036-1040 (1977)

PARCEDES, A., SEYMUR, H., GOLLOB, M.: The nature of loss of control
In: Pattison, E.M., Sobell, M.B., Sobell, L.S. (eds.): Emerging concepts of alcohol dependence
New York: 1977

PARK,P.: Developmental ordering of experiences in alcoholism
Q.J.S.A. 34: 473-488 (1973)

PARK, P., WHITEHEAD, P.C.: Developmental sequence and dimensions of alcoholism
Q.J.S.A. 34: 887-904 (1973)

PARTINGTON, J.T., JOHNSON, F.G.: Personality types among alcoholics
Q.J.S.A. 30: 21-34 (1969)

PATTISON, E.M.? SOBELL, M.B., SOBELL, L.S. (eds): Emerging concepts of alcohol dependence
New York: 1977

PETERMANN, F.: Einstellungsmessung
Einstellungsforschung
Göttingen u.a.: 1980

PLAUT, T.F.A.: Alcohol problems
New York: Oxford Univ. Press 1967

POHL, H., REVENSTORF, D., KOHN, M., SILVA, C., SILVA, F., FEIL, W., WAGNER, A.: Projekt "Trinkverhalten und Trinkprobleme" Ergebnisbericht für die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln
München: 1974

POKORNY, D., MILLER, B.A., KANAS, T.E., VALLES, J.: Dimensions of Alcoholism
Q.J.S.A. 32: 699-705 (1971)

PRICE, R.H., CURLEE-SALISBURY, J.: Patient-treatment interactions among alcoholics
J.S.A. 36: 659-669 (1975)

RADA, R.T.: Sociopathy and alcohol abuse
In: Reid, H.W.
The Psychopath
New York: 1978

RAUCHFLEISCH, U.: Das Rorschach'sche Formdeuteverfahren als klinisch-differentialdiagnostisches Instrument. Ergebnisse einer vergleichend-experimentellen Untersuchung von psychisch Gesunden, Süchtigen (Alkohol- und Drogenabhängigen) und Neurotikern
Psychiat. clin. 4: 221-236 (1971)

RAUCHFLEISCH, U.: Vergleichend-experimentelle Untersuchung zur Persönlichkeitsstruktur von Suchtkranken (Alkohol- und Drogenabhängigen)
Psychiat. clin. 5: 27-40 (1972)

REVENSTORF, D., SILVA, F., SILVA, C. KOHN, M., POHL, H., WAGNER, A., FEIL, W.: Projekt "Trinkverhalten und Trinkprobleme" C. Ergebnisbericht II
für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Kreuzvalididierung einer Querschnittsuntersuchung
München: 1974

REVENSTORF, D., BRENGELMANN, J.C., SILVA, F.: Die Determinanten der Abhängigkeit: Alkoholismus
Skriptum

REVENSTORF, D.: Lehrbuch der Faktorenanalyse
Stuttgart (u.a.): 1976

RIEMANN, F.: Grundformen der Angst
München: 1972 (7. Auflage)

ROBINSON, D.: The alcohologist's addiction; some implications of having lost control over the disease concept of alcoholism
Q.J.S.A. 33: 1028-1042 (1972)

ROHAN, W.P.: MMPI. Changes in hospitalized alcoholics
Q.J.S.A. 33: 65-76 (1972)

ROHSENOW, D.J., O'LEARY, M.R.: Locus of control research on alcoholic populations: A review I
Int. J. Addict. 13: 55-78 (1978 a)

ROHSENOW, D.J., O'LEARY, M.R.: Locus of control research on alcoholic population: a review II
Relationship to other measures
Int. J.Addict 13: 213-226 (1978 b)

ROLLE, A.: "Diagnosekriterien des Alkoholismus"
Vergleichende Untersuchung an drei Gruppen von Alkoholkranken aus einem städtischen Allgemeinkrankenhaus, einem Bezirkskrankenhaus und einer Suchtfachklinik
Inaug. Diss. Ludwig-Max-Universität München: 1979

ROMAN, P.M., TRICE, H.M.: The sick role, labelling theory, and the deviant drinker
Inter. J. Soc. Psychiat. 14: 245-251 (1968)

RUSSELL, J.A., MEHRABIAN, A.: The mediating role of emotions in alcohol use
J.S.A. 36: 1508-1536 (1975)

ROTH, E.:
Einstellung als Determination individuellen Verhaltens
Göttingen: 1967

ROTTER, J.B.:
Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement
Psychol. Monogr. 80 (1966)

ROTTER, J.B., HOCHREICH, D.J.:
Persönlichkeit. Theorien Messung Forschung
Berlin (u.a.): 1979 (Originalausgabe 1975)

SCHACHTER, S.J., SINGER, J.E.:
Cognitive, social and physiological determinants of emotional state
Psychol. Rev. 69: 379-399 (1962)

SCHLOSSER, O.:
Einführung in die sozialwissenschaftliche Zusammenhangsanalyse
Hamburg: 1976

SCHNEIDER, K.:
Klinische Psychopathologie
Stuttgart: 1967, 8. Auflage

SCHUCKIT, M.A.:
Alcoholism and sociopathy-diagnostic confusion
Q.J.S.A. 34: 157-164 (1973)

SCHULZ, W.:
Funktionen des Trinkens für das Individuum
In: Antons, K., Schulz, W.:
Normales Trinken und Suchtentwicklung Bd.1
Göttingen (u.a.): 1976

SECORD, P.F., BACKMAN, C.W.:
Social Psychology
New York (u.a.): 1964

SEITZ, W.:
Persönlichkeitsbeurteilung durch Fragebogen
Braunschweig: 1977

SELZER, M.L.
The Michigan Alcoholism Screening Test
Amer. J. Psychiat. 127: 1653-1658 (1971)

SHELLY, C.H., GOLDSTEIN, G.:
An empirically derived typology of hospitalized alcoholics
In: Goldstein, G., Neuringer, C. (Ed.):
Empirical studies fo alcoholism
Cambridge, Mass.: 1976

SIX, B.:
Das Konzept der Einstellung und seine Relevanz für die Vorhersage des Verhaltens
In: Petermann, F.:
Einstellungsmessung - Einstellungsforschung
Göttingen (u.a.): 1980

SIX, B.: Das Konzept der Einstellung und seine Relevanz für die Vorhersage des Verhaltens
In: Petermann, F.: Einstellungsmessung - Einstellungsforschung
Göttingen (u.a.): 1980

STORY, R.I.: Effects on thinking of relationships between conflict arousal and oral fixation
J. abnorm. Psychol. 73: 440-448 (1968)

STOSBERG, M.: Klassische Ansätze in der Einstellungsmessung
In:Petermann, F. (Hrsg.): Einstellungsmessung - Einstellungsforschung
Göttingen (u.a.): 1980

SUTHERLAND, E.H., SCHROEDER, N.v., TORDELLA, C.I.: Personality traits and the alcoholic; A critique of existing studies
Q.J.S.A. 11: 547-561 (1950)

SYME, L.: Personality characteristics and the alcoholic
Q.J.S.A. 18: 288-302 (1957)

SZASZ, T.S.: The myth of mental illness
New York: 1961

TÄHKÄ, V.: The alcoholic personality; a clinical study
Helsinki: 1966 ref. in
Q.J.S.A. 28: 1967

THOMAS, K.: Attitudes and behavior
London: 1971

TORGERSON, W.S.: Theory and methods of scaling
New York: 1958

TRIANDIS, H.C.: Einstellungen und Einstellungsänderung
Weinheim u. Basel: 1975
Originalausgabe 1971

ÜBERLA, K.: Faktorenanalyse
Berlin (u.a.): 1968

VEEVERS, J.E.: Drinking attitudes and drinking behavior, an exploratory study
J.Soc.Psychol. 85: 103-109 (1971)

VERBAND DER FACHKRANKENHÄUSER FÜR SUCHTKRANKE: Indikationskriterien für die Behandlung Suchtkranker
Kassel: 1978

VOGEL, M.D.: Alcohol, alcoholism, and introversion - extraversion
Canad. J. Psychol. 13: 76-83 (1959)

VOGEL-SPROTT, M.: Alcoholism and learning
In: Kissin, B., Begleiter, H.:
The biology of alcoholism. Volume 2
Physiology and behavior
New York: 1972

VOGLER, R.E., REVENSTORF, D.: Alkoholmißbrauch
München: 1978

WANBERG, K.W., KNAPP, J.A.: A multidimensional model for the research and treatment of alcoholism
Int. J. Addict. 5: 69-98 (1970)

WANBERG, K.W., HORN, J.L.: Alcoholism symptom patterns of men and women. A comparative study.
Q.J.S.A. 31: 40-61 (1970)

WELTE, J., HYNES, G., SOKOLOW, L.: Predictors of follow-up completion and abstinence in an alcohol rehabilitation outcome study. Skriptum: ohne Jahrgang

WIESER, ST.: Alkoholismus III: Katamnesen und Prognose
Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 11: 565-587 (1966)

WILLIAMS, A.F.: The alcoholic personality
In: Kissin, B., Begleiter, H.:
The biology of alcoholism. Volume 4
Social Aspects of Alcoholism
New York: 1976

WILSNACK, S.C.: Weiblichkeit aus der Flasche
Psychologie heute 3: 19-26 (1976)

WORLD HEALTH ORGANISATION: WHO Expert Committee on drugs liable to produce addiction: Report on the second session
Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser. 21 (1950)

WORLD HEALTH ORGANISATION: Mental Health Technic.
Rep. Ser. Nr. 48
WHO, Genf: 1952

WORLD HEALTH ORGANISATION: Expert committee on alcohol. First report
WHO Technical report series No. 84
Genf: 1955

WORLD HEALTH ORGANISATION: WHO Expert Committee on addiction-producing drugs
Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser. 116 (1957)

WORLD HEALTH ORGANISATION: WHO Expert Committee on addiction-producing drugs
Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser. 273 (1964)

WORLD HEALTH ORGANISATION: WHO Expert Committee on dependence-producing drugs
Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser. 407 (1965)

YATES, A.J.: Behavior therapy
New York (u.a.): 1970

ZERSSEN v., D.: Klinische Selbstbeurteilungsskala (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS, München)
All. Teil. Manual
Weinheim: 1976

ZWERLING, J., ROSENBAUM, M.: Alcohol addiction and personality
In: Arieti, S., (Ed.): American Handbook of Psychiatry, Vol. 1
New York: 1959

Anhang 1: Tabellen

Tabelle 1: Basisdokumentation

Zusammensetzung der Stichprobe:

MPI	49 (28,5%)	
Ring./Höchst	54 (31,4%)	
Weißenau	30 (17,4%)	172
Günzburg	39 (22,7%)	
Kontrollgr.KMS	98 (100%)	

Geschlecht:

	Alk.gr.	Kontr.gr.
Männer	110(64%)	45(45,9%)
Frauen	62(36%)	53(54,1%)

	Alk.gr.	Kontr.gr.
Alter	38,512	38,184
	s=9,766	s=14,344

Alkoholtrinken:

	Alk.gr.	Kontr.gr.
Alkoholtrinken		
Ja	172(100%)	90(91,8%)
Nein		8(8,2%)

Alkoh.Typ	n = 77
Alpha	3 (3,9%)
Beta	1 (1,3%)
Gamma	63 (81,8%)
Delta	8 (10,4%)
Epsylon	2 (2,6%)

Beruf	Alk.gr.	Kontr.gr.
Hilfsarbeiter	32 (18,6%)	9 (9,2%)
Facharbeiter	47 (27,3%)	22 (22,4%)
Angest./Beamter	46 (26,7%)	23 (23,5%)
Selbständige	8 (4,7%)	2 (2,0%)
Soldat	2 (1,2%)	-
Rentner	7 (4,1%)	7 (4,1%)
Hausfrau	18 (10,5%)	1 (1,0%)
In Ausbildung	4 (2,3%)	11 (11,2%)
Arbeitslos	6 (3,5%)	12 (12,2%)

Tabelle 2: Bejahungshäufigkeiten der Items aus dem MALT

	Item (MALT-S)	Kontroll-gruppe	Alkoh. gruppe
S1	Zittern	Ø	Ø
S2	Brechreiz	Ø	Ø
S3	Mit Alk.kurieren	Ø	Ø
S4	Verbitterung	Ø	Ø
S5	Trinken vormittags	14(14,3%)	114(66,3%)
S6	Unwiderstehliches Verlangen	8(8,2%)	117(68,0%)
S7	Denken an Alkohol	3(3,1%)	115(66,9%)
S8	Alktr. gegen Rat	25(25,5%)	115(66,9%)
S9	Wenig gegessen	4(4,1%)	139(80,8%)
S10	Vorhaltungen	5(5,1%)	125(72,7%)
S11	Alleintrinken	4(4,1%)	111(64,5%)
S12	Weniger tüchtig	6(6,1%)	125(72,7%)
S13	Schuldgefühle	13(13,3%)	151(87,8%)
S14	Trinksystem	2(2,0%)	86(50,0%)
S15	Trinken einschränken	Ø	97(56,4%)
S16	Keine Probl.o.Alk.	2(2,0%)	103(59,9%)
S17	Alk. zur Beruhigung	8(8,2%)	143(81,1%)
S18	Alk. zerstört leben	3(3,1%)	83(48,3%)
S19	Trinken nicht trinken	13(13,3%)	157(91,3%)
S20	Anderen unverst.	3(3,1%)	121(70,3%)
S21	Ohne Alk.besser mit Partn.	5(5,1%)	139(80,8%)
S22	Zeitweilig ohne Alkohol	6(6,1%)	135(78,5%)
S23	Zufrieden ohne Alkohol	7(7,1%)	137(79,7%)
S24	Alkoholfahne	3(3,1%)	145(84,3%)

Item (MALT-F)	Kontroll-gruppe	Alkoh. gruppe
Lebererkrankung	7(7,1%)	90(52,3%)
Polyneuropathie	1(1,0%)	32(18,6%)
Delir	0(0%)	27(15,7%)
150 ml pro Tag	1(1,0%)	104(60,5%)
500 ml pro Woche	5(5,1%)	138(80,2%)
Foetor	1(1,0%)	35(20,3%)
Rat gesucht	7(7,1%)	74(43,0%)
300 ml einmal im Monat	1(1,0%)	49(28,5%)

Tabelle 3: Bejahungshäufigkeiten der Items HA1 - HA10

	Item	Alkoholikergruppe	Kontrollgruppe
HA1	Lebererkrankung	87(51,8%)	4(4,2%)
HA2	Gastritis	52(30,6%)	3(3,2%)
HA3	Pankreatitis	7(4,1%)	1(1,1%)
HA4	Kardiomyopathie	4(2,4%)	1(1,1%)
HA5	Myopathie	5(2,9%)	-
HA6	Polyneuropathie	30(17,5%)	1(1,1%)
HA7	Alkoholhalluzinose	8((4,7%)	-
HA8	Delir	21(12,4%)	-
HA9	Korsakow Psychose	2(1,2%)	-
HA10	Andere Neurolog.Erkrankungen (z.B. Krampfanfälle)	-	-

* in beiden Gruppen liegen in 4 Fällen keine Angaben vor

Tabelle 4: Bejahungshäufigkeiten der Items HB1 - HB20

	Item	Alkoholiker-gruppe n=172	Kontroll-gruppe n=18
*HB1	Mehr Durst als früher	91(52,9%)	17(17,3%)
HB2	Schnell trinken	110(64,0%)	18(18,4%)
*HB3	Erinnerungslücken	126(73,3%)	8(8,2%)
HB4	Versteckter Alkoholvorrat	75(43,6%)	1(1,0%)
HB5	Nicht sagen, wieviel man trinkt	118(68,6%)	4(4,1%)
HB6	Zittern und Brechreiz mit Alkohol kurieren	112(65,1%)	1(2,0%)
*HB7	An Nervosität leiden	124(72,1%)	19(19,4%)
HB8	Lieber allein trinken	86(50,0%)	ø
*HB9	Brechreiz u. Würgegefühl	122(70,9%)	11(11,2%)
HB10	Alk.unter allen Umständen	119(69,2%)	4(4,1%)
HB11	An Alkohol denken	108(62,8%)	4(4,1%)
HB12	Vormittags trinken	138(80,2%)	4(4,1%)
HB13	In einem Zug trinken	97(56,4%)	14(14,3%)
HB14	Heimliches Trinken	111(64,5%)	ø
*HB15	An Zittern leiden	118(68,6%)	11(11,2%)
*HB16	Schweißausbrüche	123(71,5%)	19(19,4%)
*HB17	Schlafstörungen	119(69,2%)	32(32,7%)
*HB18	Weniger Appetit	120(69,8%)	21(21,4%)
HB19	Mehr als andere trinken	121(70,3%)	4(4,1%)
*HB20	Toleranzverlust	118(68,6%)	15(15,3%)

*Diese Items gehören zur Skala BES; die übrigen Items bilden die Skala SYMPTR

Tabelle 5: Mittelwerte der Items

HC1 - HC44

Item	Alkoholikergruppe Mittelwert	Standardabweichung	Kontrollgruppe Mittelwert	Standardabw.	Gesamtmittelwert
HC1	4,582	2,218	4,793	1,694	4,6586
HC2*	4,532	2,065	4,946	1,624	4,6822
HC3*	1,564	1,232	3,728	1,168	2,3495
HC4*	4,516	2,139	3,883	1,066	4,2862
HC5*	2,025	1,235	4,362	1,004	2,8732
HC6*	4,544	2,360	3,032	1,756	3,9952
HC7*	2,329	1,447	3,495	1,047	2,7522
HC8*	2,913	1,970	4,398	1,526	3,452
HC9	4,756	1,964	4,258	0,943	4,5752
HC10	3,714	1,948	4,000	0,511	3,8178
HC11*	5,061	1,971	4,582	1,367	4,8871
HC12	3,409	2,133	3,815	1,575	3,5564
HC13	4,515	2,227	4,151	0,765	4,40199
HC14*	4,123	2,356	4,957	1,546	4,4257
HC15	4,534	2,127	4,511	1,045	4,52565
HC16*	2,880	1,698	3,860	0,523	3,2357
HC17*	3,131	2,161	4,287	1,373	3,5506
HC18*	2,444	1,642	3,766	0,822	2,9238
HC19	4,731	1,807	4,340	1,403	4,5890
HC20*	5,340	1,789	4,223	1,069	4,9346
HC21*	4,603	2,053	3,936	0,840	4,3609
HC22*	4,371	2,061	4,245	0,900	4,3253
HC23*	3,321	2,039	4,033	3,702	3,5794
HC24	4,679	1,995	4,065	0,832	4,4561
HC25*	2,481	1,949	5,245	1,853	3,4842
HC26	3,344	2,226	3,720	1,657	3,4805
HC27	4,609	1,994	4,298	0,801	4,4961
HC28	5,151	2,197	4,989	1,546	5,0922
HC29*	2,780	1,830	3,703	1,690	3,1150
HC30*	4,138	2,008	2,411	1,581	3,5112
HC31*	1,950	1,626	3,882	1,680	2,6512
HC32*	2,762	1,768	4,140	1,006	3,262

* Signif. Mittelwertsunterschied zw. Alk.u.Kontr.gr. (mind. auf dem 5%-Niveau)

Item	Alkoholikergruppe Mittel-wert	Standard-abweichung	Kontrollgruppe Mittel-wert	Standard-abw.	Gesamt-mittelwert
HC33	5,350	2,102	5,495	1,791	5,4026
HC34*	2,907	1,930	3,882	1,131	3,2609
HC35*	3,478	2,185	4,372	1,107	3,8025
HC36*	2,037	1,382	4,138	1,053	2,7996
HC37	4,642	2,069	4,319	0,858	4,5248
HC38	3,640	2,397	3,934	1,209	3,7467
HC39*	2,319	1,477	4,355	1,129	3,0579
HC40	3,194	2,283	2,884	1,375	3,0815
HC41	4,335	1,775	3,849	0,955	4,1586
HC42	2,396	1,952	2,315	1,657	2,3666
HC43*	4,025	2,161	4,958	1,564	4,3636
HC44*	3,156	1,552	4,054	0,559	3,4819

* Signif. Mittelwertunterschied zw. Alk.u.Kontr.gr. (mind. auf dem 5%-Niveau)

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der bipolaren Items

	Item		Antwortkategorien* 1	2	3	4	5	6	7	unbekannt
HC1	Alleinsein	Alk.gr.	27	10	14	17	17	29	44	14
			17,1	6,3	8,9	10,8	10,8	18,4	27,8	8,1
		Kontr.gr.	5	4	6	31	9	18	19	6
			5,4	4,3	6,5	33,7	9,8	19,6	20,7	6,1
HC2	Mehr Probleme zusammen	Alk.gr.	16	21	12	25	16	29	37	16
			10,3	13,5	7,7	16,0	10,3	18,6	23,7	9,3
		Kontr.gr.	6	1	2	32	14	18	20	5
			6,5	1,1	2,2	34,4	15,1	19,4	21,5	5,1
HC3	Trinken einschränken	Alk.gr.	124	13	12	8	2	1	3	9
			76,1	8,0	7,4	4,9	1,2	0,6	1,8	5,2
		Kontr.gr.	9	2	8	66	3	1	3	6
			9,8	2,2	8,7	71,7	3,3	1,1	3,3	6,1
HC4	Mit Alkohol nichts wert	Alk.gr.	28	11	10	15	28	36	33	11
			17,4	6,8	6,2	9,3	17,4	22,4	20,5	6,4
		Kontr.gr.	6	3	4	71	6	1	3	4
			6,4	3,2	4,3	75,5	6,4	1,1	3,2	4,1
HC5	Vorwürfe	Alk.gr.	76	34	20	23	2	2	Ø	15
			48,4	21,7	12,7	14,6	1,3	1,2	Ø	8,7
		Kontr.gr.	1	Ø	1	74	7	2	9	4
			1,1	Ø	1,1	78,7	7,4	2,1	9,6	4,1
HC6	Kontrolle	Alk.gr.	32	13	13	9	14	29	50	12
			20,0	8,1	8,1	5,6	8,7	18,1	31,3	7,0
		Kontr.gr.	32	7	4	40	3	4	4	4
			34,0	7,4	4,3	42,6	3,2	4,3	4,3	4,1
HC7	Stimmung aufheitern	Alk.gr.	62	36	24	28	1	4	3	14
			39,2	22,8	15,2	17,7	0,6	2,5	1,9	8,1
		Kontr.gr.	8	7	12	62	1	Ø	1	7
			8,8	7,7	13,2	68,1	1,1	Ø	1,1	7,1
HC8	Andere verstehen nicht	Alk.gr.	52	33	27	16	6	13	14	11
			32,3	20,5	16,8	9,9	3,7	8,1	8,7	6,4
		Kontr.gr.	5	5	3	50	8	9	13	5
			5,4	5,4	3,2	53,8	8,6	9,7	14,0	5,1
HC9	Tüchtiger mit Alkohol	Alk.gr.	14	13	13	33	13	33	41	12
			8,7	8,1	8,1	20,6	8,1	20,6	25,6	7,0
		Kontr.gr.	2	Ø	Ø	76	5	5	5	5
			2,2	Ø	Ø	81,7	5,4	5,4	5,4	5,1
HC10	Wut zeigen	Alk.gr.	30	21	15	49	11	15	20	11
			18.6	13,0	9,3	30,4	6,8	9,3	12,4	6,4
		Kontr.gr.	1	1	1	86	2	2	Ø	5
			1,1	1,1	1,1	92,5	2,2	2,2	Ø	5,1

* In der 1.Zeile sind jeweils die absoluten Häufigkeiten, in der 2.Zeile jeweils die prozentualen Anteile der Antwortkategorien angegeben.

Tabelle 6: Fortsetzung

	Item		Antwortkategorien 1	2	3	4	5	6	7	unbekannt
HC11	Mit Alkohol distanzierter	Alk.gr.	15 9,2	10 6,1	11 6,7	18 11,0	18 11,0	42 25,8	49 30,1	9 5,2
		Kontr.gr.	4 4,4	2 2,2	1 1,1	45 49,5	19 20,9	9 9,9	11 12,1	7 7,1
HC12	Zu anderen offen	Alk.gr.	39 23,8	34 20,7	27 16,5	13 7,9	8 4,9	22 13,4	21 12,8	8 4,7
		Kontr.gr.	10 10,9	9 9,8	10 10,9	42 45,7	7 7,6	8 8,7	6 6,5	6 6,1
HC13	Probleme vergessen	Alk.gr.	26 16,0	18 11,1	9 5,6	20 12,3	15 9,3	31 19,1	43 26,5	10 5,8
		Kontr.gr.	1 1,1	Ø Ø	2 2,2	80 86,0	5 5,4	1 1,1	4 4,3	5 5,1
HC14	Alkohol einschränken	Alk.gr.	38 23,3	17 10,4	17 10,4	10 6,1	18 11,0	22 13,5	41 25,2	9 5,2
		Kontr.gr.	3 3,2	1 1,1	1 1,1	48 51,6	4 4,3	11 11,8	25 26,9	5 5,1
HC15	Stimmung kontrollieren	Alk.gr.	19 11,8	19 11,8	14 8,7	27 16,8	13 8,1	25 15,5	44 27,3	11 6,4
		Kontr.gr.	1 1,1	Ø Ø	1 1,1	64 68,1	12 12,8	8 8,5	8 8,5	4 4,1
HC16	Besser reden	Alk.gr.	42 26,6	38 24,1	20 12,7	33 20,9	13 8,2	4 2,5	8 5,1	14 8,1
		Kontr.gr.	1 1,1	2 2,2	8 8,6	80 86,0	2 2,2	Ø Ø	Ø Ø	5 5,1
HC17	Kontrolle mit Trinksystem	Alk.gr.	57 35,6	23 14,4	16 10,0	22 13,7	12 7,5	8 5,0	22 13,7	12 7,0
		Kontr.gr.	6 6,4	Ø Ø	1 1,1	69 73,4	3 3,2	2 2,1	13 13,8	4 4,1
HC18	Sich mit Alkohol sicher fühlen	Alk.gr.	61 37,7	45 27,8	13 8,0	27 16,7	5 3,1	4 2,5	7 4,3	10 5,8
		Kontr.gr.	5 5,3	2 2,1	8 8,5	75 79,8	3 3,2	1 1,1	Ø Ø	4 4,1
HC19	Freunde machen Probleme	Alk.gr.	8 5,4	15 9,4	13 8,1	41 25,6	19 11,9	27 16,9	37 23,1	12 7,0
		Kontr.gr.	5 5,3	2 2,1	5 5,3	54 57,4	12 12,8	4 4,3	12 12,8	4 4,1
HC20	Sich leer fühlen	Alk.gr.	7 4,4	11 6,9	9 5,7	17 10,7	20 12,6	40 25,2	55 34,6	13 7,6
		Kontr.gr.	2 2,1	4 4,3	2 2,1	64 68,1	11 11,7	7 7,4	4 4,3	4 4,1
HC21	Zum Aufputschen	Alk.gr.	20 12,8	13 8,3	8 5,1	32 20,5	14 9,0	33 21,2	36 23,1	16 9,3
		Kontr.gr.	2 2,1	4 4,3	4 4,3	78 83,0	2 2,1	2 2,1	2 2,1	4 4,1

Tabelle 6: Fortsetzung

Item			Antwortkategorien 1	2	3	4	5	6	7	unbekannt
HC22	Mit Alkohol rücksichtsvoll	Alk.gr.	20 12,6	19 11,9	15 9,4	24 15,1	24 15,1	23 14,5	34 21,4	13 7,6
		Kontr.gr.	1 1,1	1 1,1	3 3,2	71 75,5	9 9,6	5 5,3	4 4,3	4 4,1
HC23	Brauche Alkohol	Alk.gr.	45 28,3	26 16,4	16 10,1	21 13,2	18 11,3	22 13,8	11 6,9	13 7,6
		Kontr.gr.	2 2,2	Ø Ø	2 2,2	82 81,1	3 3,3	1 1,1	2 2,2	6 6,1
HC24	Streit mit Partner	Alk.gr.	11 6,9	19 11,9	12 7,5	39 24,5	14 8,8	15 9,4	49 30,8	13 7,6
		Kontr.gr.	1 1,1	2 2,2	5 5,4	76 81,7	3 3,2	3 3,2	3 3,2	5 5,1
HC25	Kann jederzeit aufhören	Alk.gr.	73 45,6	36 22,5	14 8,7	9 5,6	8 5,0	6 3,7	14 8,7	12 7,0
		Kontr.gr.	5 5,3	2 2,1	4 4,3	34 36,2	1 1,1	5 5,3	43 45,7	4 4,1
HC26	Mit Trinken aufhören	Alk.gr.	55 34.4	16 10,0	22 13,7	14 8,7	12 7,5	21 13,1	20 12,5	12 7,0
		Kontr.gr.	17 18,3	5 5,4	1 1,1	52 55,9	7 7,5	4 4,3	7 7,5	5 5,1
HC27	Zur Konzentration	Alk.gr.	14 8,7	18 11,2	11 6,8	39 24,2	13 8,1	24 14,9	42 26,1	11 6,4
		Kontr.gr.	Ø Ø	Ø Ø	Ø Ø	80 85,1	6 6,4	2 2,1	6 6,4	4 4,1
HC28	Kontrolle unwichtig	Alk.gr.	19 11,9	10 6,3	10 6,3	16 10,1	13 8,2	16 10,1	75 47,2	13 7,6
		Kontr.gr.	1 1,1	2 2,2	3 3,3	48 52,7	3 3,3	5 5,5	29 31,9	7 7,1
HC29	Ohne Glück nichts erreichen	Alk.gr.	53 33,3	35 22,0	16 10,1	32 20,8	5 3,1	5 3,1	12 7,5	13 7,6
		Kontr.gr.	16 17,6	6 6,6	3 3,3	50 54,9	5 5,5	2 2,2	9 9,9	7 7,1
HC30	Alkohol unwichtig	Alk.gr.	29 18,2	7 4,4	18 11,3	36 22,6	21 13,2	24 15,1	24 15,1	13 7,6
		Kontr.gr.	46 48,4	8 8,4	6 6,3	31 32,6	1 1,1	1 1,1	2 2,1	3 3,1
HC31	Gründe weniger zu trinken	Alk.gr.	101 63,5	22 13,8	12 7,5	8 5,0	4 2,5	7 4,4	5 3,1	13 7,6
		Kontr.gr.	13 14,0	6 6,5	4 4,3	52 55,9	2 2,2	6 6,5	10 10,8	5 5,1
HC32	Mit Alkohol unsicher	Alk.gr.	51 31,9	35 21,9	23 14,1	30 18,8	3 1,9	9 5,6	9 5,6	12 7,0
		Kontr.gr.	3 3,2	2 2,2	Ø Ø	74 79,6	7 7,5	2 2,2	5 5,4	5 5,1

Tabelle 6: Fortsetzung

Item			Antwortkategorien 1	2	3	4	5	6	7	unbekannt
HC33	Gegen Schicksal etwas tun	Alk.gr.	18 11,2	6 3,7	8 5,0	15 9,4	14 8,7	21 13,1	78 48,7	12 7,0
		Kontr.gr.	6 6,6	1 1,1	1 1,1	23 25,3	4 4,4	15 16,5	41 45,1	7 7,1
HC34	Mit Alkohol wärmer	Alk.gr.	47 29,0	44 27,2	19 11,7	19 11,7	9 5,6	10 6,2	14 8,6	10 5,8
		Kontr.gr.	5 5,4	5 5,4	6 6,5	67 72,0	4 4,3	2 2,2	4 4,3	5 5,1
HC35	Freunde haben sich zurückgezogen	Alk.gr.	50 31,1	15 9,3	14 8,7	35 21,7	8 5,0	15 9,3	24 14,9	11 6,4
		Kontr.gr.	1 1,1	1 1,1	1 1,1	75 79,8	2 2,1	3 3,2	11 11,7	4 4,1
HC36	Freunde meinen, Alkohol macht Probleme	Alk.gr.	81 50,3	37 23,0	15 9,3	19 11,8	4 2,5	3 1,9	2 1,2	11 6,4
		Kontr.gr.	3 3,2	2 2,1	3 3,2	71 75,5	6 6,4	4 4,3	5 5,3	4 4,1
HC37	Mit Alkohol besser arbeiten	Alk.gr.	15 9,4	20 12,6	14 8,8	23 14,5	15 9,4	30 18,9	42 26,4	13 7,6
		Kontr.gr.	Ø Ø	Ø Ø	Ø Ø	81 86,2	3 3,2	3 3,2	7 7,4	4 4,1
HC38	Wissen, wozu Alkohol	Alk.gr.	50 31,1	18 11,2	19 11,8	16 9,9	6 3,7	15 9,3	37 23,0	11 6,4
		Kontr.gr.	7 7,1	1 1,1	6 6,6	67 73,6	2 2,2	3 3,3	5 5,5	7 7,1
HC39	Leute schätzen mich	Alk.gr.	67 41,9	33 20,6	21 13,1	29 18,1	4 2,5	3 1,9	3 1,9	12 7,0
		Kontr.gr.	2 2,2	1 1,1	2 2,2	68 73,1	5 5,4	7 7,5	8 8,6	5 5,1
HC40	An sich selbst arbeiten	Alk.gr.	62 38,7	18 11,2	17 10,6	16 10,0	9 5,6	13 8,1	25 15,6	12 7,0
		Kontr.gr.	30 31,6	5 5,3	6 6,3	54 56,8	Ø Ø	Ø Ø	Ø Ø	3 3,1
HC41	Bei andern beliebter	Alk.gr.	10 6,2	19 11,8	13 8,1	59 36,6	14 8,7	17 10,6	29 18,0	11 6,4
		Kontr.gr.	6 6,5	2 2,2	3 3,2	75 80,6	4 4,3	2 2,2	1 1,1	5 5,1
HC42	Ohne Alkohol Probleme lösen	Alk.gr.	88 55,3	17 10,7	11 6,9	20 12,6	4 2,5	7 4,4	12 7,5	13 7,6
		Kontr.gr.	50 54,3	7 7,6	2 2,2	29 31,5	Ø Ø	1 1,1	3 3,3	6 6,1
HC43	Auf Alkohol verzichten	Alk.gr.	28 17,6	21 13,2	19 11,9	26 16,4	14 8,8	18 11,3	33 20,8	13 7,6
		Kontr.gr.	2 2,1	1 1,1	4 4,2	50 52,6	2 2,1	7 7,4	29 30,5	3 3,1
HC44	Alkohol um sich durchzusetzen	Alk.gr.	32 20,0	27 16,9	21 13,1	61 38,1	7 4,4	7 4,4	5 3,1	12 7,0
		Kontr.gr.	1 1,1	Ø Ø	Ø Ø	88 94,6	2 2,2	Ø Ø	2 2,2	5 5,1

Tabelle 7: Mittelwerte der Skalen

Skala	Alk.gr.	Kontrollgr.	Gesamtgr.	theor. Mittelwert
ETRI	19.955 s=8.093 n=156	17.395** s=6.469 n=86	19.045 s=7.641	24
SOZRES	35.954 s=6.761 n=153	26.876*** s=3.063 n=89	32.616 s=7.176	28
PMOT	22.067 s=5.621 n=149	23.800** s=2.199 n=90	22.720 s=4.707	24
SEBI	30.942 s=7.409 n=155	25.112*** s=4.718 n=89	28.816 s=7.124	24
KONTR	13.058 s=6.492 n=155	19.418*** s=4.865 n=91	15.411 s=6.682	16
EUMW	29.4706 s=6.6827 n=153	31.4706** s=5.9944 n=87		
ORG	1.2547 s=1.1472 n=161	0.1087*** s=0,4048 n=92	0.838 s=1.059	
BES	6.797 s=5.247 n=172	1.561*** s=2.031 n=98	4.896 s=5.035	
SYMPTR	8.099 s=7.393 n=172	0.653*** 1.415 n=98	5.396 s=6.952	

** Signifikanter Unterschied zwischen Alkohol- und Kontrollgruppe, 1% Niveau

*** Signifikanter Unterschied zwischen Alkohol- und Kontrollgruppe, 0,1% Niveau

Tabelle 8: Häufigkeiten der Weder-Noch-Antworten
(in den ursprünglich konzipierten Skalen)

Skala	Zahl der Weder-Noch-Antworten 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	M
PMOT											
Kontr.gr.	5	2	3	6	4	11	12	55			5,653
n=98	5,1%	2,0%	3,1%	6,1%	4,1%	11,2%	12,2%	56,1%			s=0,206
Alk.gr.	76	28	26	15	11	7	5	4	-	-	1,523
n=172	44,2%	16,3%	15,1%	8,7%	6,4%	4,1%	2,9%	2,3%			s=0,142
EUMW											
Kontr.gr.	22	13	14	16	6	7	6	14			2,878
	22,4%	13,3%	14,3%	16,3%	6,1%	7,1%	6,1%	14,3%			s=0,2%
Alk.gr.	90	41	19	12	6	3	1		-	-	0,930
	52,3%	23,8%	11,0%	7,0%	3,5%	1,7%	0,6%	-			s=0,098
ETRI											
Kontr.gr.	14	17	12	6	10	17	4	18			3,408
	14,3%	17,3%	12,2%	6,1%	10,2%	17,3%	4,1%	18,4%			s=0,249
Alk.gr.	100	42	14	10	2	4					0,744
	58,1%	24,4%	8,1%	5,8%	1,2%	2,3%	-	-	-	-	0,087
SOZRES											
Kontr.gr.	6	-	2	2	7	5	7	14	20	35	6,918
	6,1%		2,0%	2,0%	7,1%	5,1%	7,1%	14,3%	20,4%	35,7%	s=0,256
Alk.gr.	71	35	22	16	8	7	7	3	3		1,634
	41,3%	20,3%	12,8%	9,3%	4,7%	4,1%	4,1%	1,7%	1,7%	-	s=0,154
SEBI											
Kontr.gr.	9	5	7	5	7	7	9	12	37		5,418
	9,2%	5,1%	7,1%	5,1%	7,1%	7,1%	9,2%	12,2%	37,8%	-	s=0,284
Alk.gr.	103	23	20	7	6	9	4				1,029
	59,9%	13,4%	11,6%	4,1%	3,5%	5,2%	2,3%	-	-	-	s=0,124
KONTR											
Kontr.gr.											
Alk.gr.	106	44	12	4	4	41	-	1			0,628
	(61,6%	25,6%	7%	2,3%	2,3%	0,6%		0,6%			s=0,082

Tabelle 9a: Normen der Skalen

Skala SOZRES

Roh-werte	theor. T-Werte	empir. T-Werte (Alk.)	Percentile
7	20	7	
8	21,4	9	
9	22,9	10	
10	24,3	12	
11	25,7	13	
12	27,1	15	
13	28,6	16	
14	30	18	
15	31,4	19	
16	32,9	20	
17	34,3	22	
18	35,7	23	
19	37,1	25	
20	38,6	26	
21	40	28	1,3
22	41,4	29	3,3
23	42,9	31	3,9
24	44,3	32	4,6
25	45,7	34	5,9
26	47,1	35	7,8
27	48,6	37	11,8
28	50	38	17,0
29	51,4	40	19,0
30	52,9	41	21,6
31	54,3	43	28,1
32	55,7	44	35,3
33	57,1	46	42,2
34	58,6	47	43,1
35	60	49	47,1
36	61,4	50	49,1
37	62,9	52	55,6
38	64,3	53	58,8
39	65,7	55	62,1
40	67,1	56	66,7
41	68,6	57	71,9
42	70	59	83,0
43	71,4	60	90,2
44	72,9	62	92,2
45	74,3	63	94,8
46	75,7	65	96,1
47	77,1	66	
48	78,6	68	96,7
49	80	69	100

Skala PMOT

Roh-werte	theor. T-Werte	empir. T-Werte (bz.Alk.)	Percentile
		n= 149	
6	20	21	0,7
7	21,7	23	
8	23,3	25	2,0
9	25	27	4,0
10	26,7	29	
11	28,3	30	6,7
12	30	32	8,7
13	31,7	34	10,1
14	33,3	36	
15	35	37	12,8
16	36,7	39	15,4
17	38,3	41	18,1
18	40	43	22,1
19	41,7	45	28,2
20	43,3	46	32,9
21	45	48	37,6
22	46,7	50	45,6
23	48,3	52	51,0
24	50	53	67,1
25	51,7	55	75,2
26	53,3	57	81,2
27	55	59	85,2
28	56,7	61	89,9
29	58,3	62	94,0
30	60	64	96,0
31	61,7	66	97,3
32	63,3	68	98,7
33	65	69	99,3
34	66,7	71	
35	68,3	73	
36	70	75	100
37	71,7	77	
38	73,3	78	
39	75	80	
40	76,7	82	
41	78,3	84	
42	80	85	

Tabelle 9b: Normen der Skalen

Skala KONTR

Roh-wert	theor. T-Wert	empir. T-Wert (bz.Alk. gr.)	Percentile
		n=155	
4	20	36	12,3
5	22,5	38	14,2
6	25	39	19,4
7	27,5	41	21,9
8	30	42	25,2
9	32,5	44	27,7
10	35	45	41,3
11	37,5	47	49,7
12	40	48	54,8
13	42,5	50	57,4
14	45	51	59,4
15	47,5	53	66,5
16	50	55	71,6
17	52,5	56	76,1
18	55	58	78,1
19	57,5	59	80,6
20	60	61	84,5
21	62,5	62	86,5
22	65	64	91,0
23	67,5	65	92,3
24	70	67	94,2
25	72,5	68	95,5
26	75	70	96,1
27	77,5	71	98,1
28	80	73	100

Skala ETRI

Roh-wert	theor. T-Wert	empir. T-Wert (bz.Alk.)	Percentil (bz.Alk.)
6	22	33	7,1
7	24	34	7,7
8	26	35	8,3
9	28	36	9,6
10	30	38	10,9
11	32	39	14,7
12	34	40	19,2
13	36	41	23,7
14	38	53	26,3
15	40	44	31,4
16	42	45	35,9
17	44	46	41,0
18	46	48	44,9
19	48	49	48,1
20	50	50	52,6
21	52	51	60,3
22	54	53	66,0
23	56	54	70,5
24	58	55	72,4
25	60	56	74,4
26	62	57	76,9
27	64	59	82,1
28	66	60	84,1
29	68	61	
30	70	62	88,5
31	72	64	91,0
32	74	65	92,9
33	76	66	94,9
34	78	67	95,5
35	80	69	96,2
36	82	70	98,1
37	84	71	98,7
38	86	72	
39	88	74	99,4
40	90	75	
41	92	76	
42	94	77	100

Tabelle 9c: Normen der Skalen

Skala SEBI

Roh-wert	theor. T-Werte	empir. T-Werte	Percentile
6	20	16	
7	21,7	18	
8	23,3	19	
9	25	20	1,3
10	26,7	22	1,9
11	28,3	23	
12	30	24	3,2
13	31,7	26	3,9
14	33,3	27	
15	35	28	4,5
16	36,7	30	5,8
17	38,3	31	
18	40	33	6,5
19	41,7	34	8,4
20	43,3	35	9,0
21	45	37	9,7
22	46,7	38	11,6
23	48,3	39	12,9
24	50	41	16,1
25	51,7	42	20,6
26	53,3	43	24,5
27	55	45	27,7
28	56,7	46	33,5
29	58,3	47	38,1
30	60	49	43,2
31	61,7	50	45,2
32	63,3	51	52,3
33	65	53	61,3
34	66,7	54	64,5
35	68,3	55	70,3
36	70	57	77,4
37	71,7	58	81,3
38	73,3	60	85,2
39	75	61	89,0
40	76,7	62	90,3
41	78,3	64	94,8
42	80	65	100

Tabelle 9 d: Normen der Skalen

Skala ORG

Rohwerte	empir. T-Werte (bzw.Alk.gr.)	Percentile
0	39	30,4
1	48	64,0
2	56	85,1
3	65	95,7
4	74	99,4
5	83	100

Skala BES

Rohwerte	empir. T-Werte (bzw.Alk.gr.)	Percentile
0	37	1,2
1	39	5,4
2	41	12,7
3	43	16,9
4	45	21,7
5	47	32,5
6	48	44,0
7	50	62,7
8	52	79,5
9	54	100

Skala SYMPTR

Rohwerte	empir. T-Werte (bzw.Alk.gr.)	Percentile
0	39	3,7
1	40	8,7
2	42	11,8
3	43	14,9
4	44	23,0
5	46	29,8
6	47	37,9
7	49	46,0
8	50	57,8
9	51	66,5
10	53	84,5
11	54	100

Tabelle 10: Standardabweichungen der Skalen bei der stichprobenunabhängigen Standardisierung

Skala	theor. Mittelwerte	stichprobenunabhängige Standardabweichung (S theor.)
PMOT 6 Item	24	6
SEBI 6 Item	24	6
ETRI 5 Item	20	5
KONTR 4 Item	16	4
SOZRES 7 Item	28	7

Tabelle 11: Interkorrelationen der Skalen (Gesamtgruppe)

	ORG	BES	SYMPTR	KONTR	SEBJ	PMOT	SOZRES	ETRJ	EUMW
ORG		0,2834***	0,2067***	-0,2030**	0,1403	-0,0303	0,1629**	0,1055	-0,0328
BES			0,8662***	-0,5286***	0,3930***	-0,1872**	0,5610***	0,2397***	0,1717**
SYMPTR				-0,6045***	0,4814***	-0,2499***	0,6009***	0,2934***	-0,2642***
KONTR					-0,3196***	0,2147***	-0,5204***	-0,4185***	0,2728***
SEBI						-0,1978**	0,2470***	0,2404***	0,1018
PMOT							-0,1272*	-0,1832**	0,2322***
SOZRES								0,1643**	-0,2409***
ETRI									-0,3470***

Signifikanzniveau: 5% = *
1% = **
0,1%= ***

Tabelle 12: Interkorrelationen der Skalen
(Kontrollgruppe)

	ORG	BES	SYMPTR	KONTR	SEBI	PMOT	SOZRES	ETRI	EUMW
ORG		0,2065*	0,4003***	-0,2098*	0,2768**	-0,3278**	0,1158	0,3423**	0,0310
BES			0,4738***	-0,3066**	0,2135*	-0,3533***	0,0575	0,0583	0,1369
SYMPTR				-0,3496***	0,2466*	-0,3633***	0,0267	0,1067	0,1358
KONTR					-0,0983	0,2415*	-0,1369	-0,5844***	0,3342**
SEBI						-0,2262*	-0,3258**	0,0945	0,2705**
PMOT							-0,0557	-0,1868*	0,0023
SOZRES								0,1355	-0,2636**
ETRI									-0,2741**

Tabelle 13: Interkorrelationen der Skalen
(Alkoholikergruppe)

	ORG	BES	SYMPTR	KONTR	SEBI	PMOT	SOZRES	ETRI	EUMW
ORG		0,0314	-0,0817	0,0813	-0,1132	0,1179	-0,2375**	-0,0244	0,0752
BES			0,8428***	-0,3257**	0,1622*	-0,0448	0,2616**	0,2220**	-0,1569*
SYMPTR				-0,4706***	0,3187***	-0,1601*	0,3074***	0,3011***	-0,2630**
KONTR					-0,1803*	0,1383*	-0,3821***	-0,3197***	0,1746*
SEBI						-0,1414*	0,0664	0,2238**	0,1552*
PMOT							0,0043	-0,1613*	0,2657**
SOZRES								0,0743	-0,1481*
ETRI									-0,3505***

* auf dem 5%-Niveau signifikant
** auf dem 1%-Niveau signifikant
*** auf dem 0,1%-Niveau signifikant

Tabelle 14: Multiple Regressionsanalyse aller Skalen
(Alkoholikergruppe)

abh.Var. n=115	R	R_2	Beta						
SYMPTR	0,69798	0,48718	KONTR* -0,26546	BES* 0,25733	PMOT* -0,18452	SEBI* 0,18571	SOZRES* 0,12022	ETRI* 0,11284	ORG -0,09664
ORG	0,32376	0,10482	SYMPTR -0,16869	SOZRES* -0,18309	PMOT 0,12500	ETRI 0,07365	SEBI -0,06663	BES 0,04889	KONTR -0,01629
BES	0,50870	0,25877	SYMPTR* 0,37195	SOZRES 0,11011	PMOT 0,11808	ETRI 0,08862	KONTR -0,08580	ORG 0,04048	SEBI 0,03686
SEBI	0,36587	0,13386	SYMPTR* 0,31366	ORG -0,06447	ETRI 0,03044	BES 0,04308	SOZRES -0,01958	PMOT -0,01504	KONTR 0,01544
KONTR	0,60508	0,36612	SYMPTR* -0,32812	SOZRES* -0,28573	ETRI* -0,11997	BES -0,07337	PMOT 0,03240	ORG -0,01153	SEBI 0,01130
SOZRES	o,53153	0,28253	KONTR* -0,32342	SYMPTR* 0,16820	ORG* -0,14675	BES 0,10659	PMOT 0,09866	ETRI 0,03000	SEBI -0,01622
PMOT	0,35878	0,12872	SYMPTR* -0,31350	BES 0,13880	ORG 0,12167	SOZRES 0,11981	ETRI -0,08760	KONTR 0,04453	SEBI -0,01513
ETRI	0,40689	0,16556	SYMPTR* 0,18361	KONTR* -0,15793	BES 0,09976	PMOT -0,08390	ORG 0,06865	SEBI 0,04860	SOZRES 0,03490

* mindestens auf dem 5%-Niveau signifikanter Zusammenhang

Tabelle 15: Zeitangaben über das erste Auftreten bestimmter Symptome des Alkoholmißbrauchs (Z-Fragebogen)

Item	Alkoholikergruppe Mittelwert	Alkoholikergruppe Standardabw.	Kontrollgruppe Mittelwert	Kontrollgruppe Standardabw.
Z1: Zum ersten Mal betrunken	+18,622 n=156	6,314	16,750 n=76	5,034
Z2: Erinnerungslücken	+28,596 n=146	9,485	23,172 n=29	9,142
Z3: Toleranzanstieg	+26,561 n=148	8,035	22,031 n=32	6,029
Z4: Berufliche Probleme wegen Alkohol	29,724 n=116	9,109	29,000 n=6	11,967
Z5: Soziale Probleme in der Familie und mit Freunden	29,194 n=134	7,382	29,000 n=13	11,747
Z6: Verlust des Arbeitsplatzes	32,600 n=65	10,307	-	-
Z7: Verlust der Kontrolle	30,721 n=136	8,949	29,429 n=7	3,155
Z8: Toleranzverlust	33,466 n=118	8,393	34,067 n=15	12,521
Z9: Nahrung vernachlässigt	32,459 n=133	8,726	32,000 n=8	19,993
Z10: Zittern	31,333 n=144	8,323	34,200 n=5	10,616
Z11: Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholintoxikation	32,896 n=67	9,544	-	-
Z12: Gesundheitliche Probleme	33,500	9,574	30,250	5,439
Z13: Erleichterungswirkung	28,299 n=141	9,506	26,000 n=13	9,857

Mindestens auf dem 5%-Niveau signifikante Unterschiede zwischen Alkoholiker- und Kontrollgruppe

Tabelle 16: Veränderungen in der Zusammensetzung der bipolaren Skalen

Personorientierte Trinkmotivation (PMOT)

alte Version	neue Version
HC7	-
HC10	HC10
HC13	HC13
HC16	HC16
HC21	HC21
HC27	HC27
HC44	HC44

Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens (ETRI)

alte Version	neue Version
HC3	-
HC26	HC26
HC30	HC30
HC31	-
HC40	HC40
HC42	-
	HC28
	HC43

Kontrollfähigkeit des Trinkens (KONTR)

alte Version	neue Version
HC6	HC6
HC14	HC14
HC17	HC17
HC28	-
HC38	-
HC43	-
	HC25

Selbstbild unter Alkohol (SEBI)

alte Version	neue Version
HC4	HC4
HC11	HC11
HC15	-
HC18	HC18
HC20	HC20
HC22	-
HC32	HC32
HC34	HC34

Fortsetzung von Tabelle 16

Soziale Resonanz (bez. Alkoholkonsum)
(SOZRES)

alte Version	neue Version
HC5	HC5
HC9	HC9
HC23	-
HC24	HC24
HC35	HC35
HC36	HC36
HC37	-
HC39	HC39
HC41	HC41

Tabelle 17: Regressionsanalyse des MALT-Gesamtwerts mit den 8 Skalen als unabhängige Variablen

abh.Var. n=176	R	R_2	Beta			
			* SYMPTR	* ORG	* SOZRES	BES
MALT-Gesamtwert	0,91497	0,83716	0,45716	0,37772	0,17413	0,12753

SEBI	PMOT	ETRI	KONTR
0,06019	-0,05757	-0,05045	-0,02697

* erklärt mindestens 1% der Gesamtvarianz der abhängigen Variable

Tabelle 18: Profilvergleich Männer versus Frauen (Alkoholiker)

Skala	Männer	Frauen	Signifikanz
KONTR	13,2828 n=99	12,6607 n=56	0,5683
SEBI	30,5612 n=98	31,5965 n=57	0,4032
ETRI	20,3700 n=100	19,2143 n=56	0,3940
SOZRES	35,5252 n=99	36,7407 n=54	0,2895
PMOT	21,9691 n=97	22,2500 n=52	0,7716
ORG	1,3962 n=106	0,9818 n=55	0,0293
BES	6,7364 n=110	6,9032 n=62	0,8419
SYMPTR	7,8455 n=110	8,5484 n=62	0,5509

Tabelle 19: Profilvergleich Männer versus Frauen (Kontrollgruppe)

Skala	Männer	Frauen	Signifikanz
KONTR	18,2093 n=43	20,5000 n=48	0,0241
SEBI	24,9500 n=40	25,2449 n=49	0,7708
ETRI	18,9048 n=42	15,9545 n=44	0,0337
SOZRES	26,2927 n=41	27,3750 n=48	0,0968
PMOT	23,6829 n=41	23,8979 n=49	0,6451
ORG	0,1591 n=44	0,0625 n=48	0,2552
BES	1,5000 n=45	1,5283 n=53	0,8628
SYMPTR	0,6444 n=45	0,6604 n=53	0,9560

Tabelle 20: Profilvergleich der verschiedenen Alkoholikerteilgruppen

Skala	F-Prob	signifikante paarweise Gruppenunterschiede nicht signifikant:
KONTR	0,0000	MPI(13,7805) - WEI(13,8667) MPI(13,7805) - GÜ (16,4333) WEI(13,8667) - GÜ (16,4333)
SEBI	0,0000	nicht signifikant: GÜ (27,5806) - KON(25,1124) GÜ (26,5806) - MPI(29,6829) WEI(32,6897) - MPI(29,6829) WEI(32,6897) - RH (32,8889)
ETRI	0,0000	nicht signifikant: MPI(17,0975) - GÜ (16,5938) MPI(17,0975) - KON(17,3953) GÜ (16,5938) - KON(17,3953) RH (22,8302) - WEI(22,3667)
SOZRES	0,0000	nicht signifikant: RH (37,6154) - WEI(36,2333) RH (37,6154) - GÜ (36,3871) WEI(36,2333) - GÜ (36,3871)
PMOT	0,0483	RH (21,3889) - KON(23,8000)
ORG	0,0000	MPI(1,6250) - RH (0,9231) KON(0,1087) zu allen anderen Alkoholikerteilgruppen
BES	0,0000	MPI(5,4898) - RH (7,7593) KON(1,5612) zu allen anderen Alkoholikerteilgruppen
SYMPTR	0,0000	MPI(0,6531) - RH (9,2593) KON(0,6531) zu allen anderen Alkoholikerteilgruppen

MPI=Alkoholikergruppe aus dem Max-Planck Institut für Psychiatrie
WEI= " aus dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weißenau
GÜ = " aus dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Günzburg
RH = " aus den Fachkliniken Ringgenhof/Höchsten
KON=Kontrollgruppe

Tabelle 21: Profilvergleich Alkoholismus-typen

Skala	F-Prob	signifikante paarweise Gruppenunterschiede
KONTR	0,0000	-
SEBI	0,0000	-
ETRI	0,9084	-
SOZRES	0,0000	Nichtalkoholiker (26,8764) n=89 vs Alpha (37,0000) n=3
		Nichtalkoholiker (26,8764) n=89 vs Gamma (35,3036) n=2
		Nichtalkoholiker (26,8764) n=89 vs Epsylon (43,50000) n=2
		Delta (29,8571) n=7 vs Epsylon (43,50000) n=2
PMOT	0,0660	-
ORG	0,0000	-
BES	0,0000	Nichtalkoholiker (1,5612) n=98 vs alle anderen
		Nichtalkoholiker (0,6531) n=98 vs Gamma (7,1429) n=63
		Nichtalkoholiker (0,6531) n=98 vs Delta (5,0000) n=8
		Nichtalkoholiker (0,6531) n=98 vs Epsylon (7,50000) n=2
		Alpha (1,6667) n=3 vs Gamma (7,1429) n=63
		Alpha (1,6667) n=3 vs Epsylon (7,50000) n=2

Tabelle 22: Profilvergleich Z1 (früher vs. später erster Rausch)

Skala	früher Rausch	später Rausch	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	12,2568 n=74	14,1000 n=70	0,0882
ETRI	21,3108 n=74	18,6111 n=72	0,0424
SEBI	32,8630 n=73	28,7571 n=70	0,0009
PMOT	20,9452 n=73	23,4925 n=67	0,0065
SOZRES	36,0946 n=74	35,8507 n=67	0,8321
ORG	1,2105 n=76	1,2676 n=71	0,7680
BES	6,4937 n=79	6,5325 n=77	0,9314
SYMPTR	7,8354 n=79	7,3377 n=77	0,3985

Tabelle 23: Profilvergleich Z2 (frühe vs. später auftretende Erinnerungslücken)

Skala	früher Erinnerungs-lücken	spätere Erinnerungs-lücken	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,5224 n=67	13,9714 n=70	0,0256
ETRI	21,4783 n=69	18,8571 n=70	0,0581
SEBI	31,0895 n=67	30,6232 n=69	0,7223
PMOT	20.8939 n=66	23,1492 n=67	0,0208
SOZRES	37,1029 n=68	35,5454 n=66	0,1806
ORG	0,9559 n=68	1,5362 n=69	0,0040
BES	6,7606 n=71	6,8667 n=75	0,8081
SYMPTR	8,0000 n=71	7,5867 n=75	0,4991

Tabelle 24: Profilvergleich Z3 (früher vs. später Toleranzanstieg)

Skala	früher Toleranz-anstieg	später Toleranz-anstieg	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	13,0448 n=67	12,7123 n=73	0,7606
ETRI	20,1618 n=68	20,4722 n=72	0,8248
SEBI	31,3030 n=66	31,1507 n=73	0,9024
PMOT	21,1212 n=66	22,9855 n=69	0,0579
SOZRES	36,3676 n=68	35,3521 n=71	0,3771
ORG	0,9254 n=67	1,5753 n=73	0,0008
BES	6,5797 n=69	6,5949 n=79	0,9706
SYMPTR	7,5797 n=69	7,8228 n=79	0,6878

Tabelle 25: Profilvergleich Z4 (frühe vs. späte Alkoholprobleme im Beruf)

Skala	frühe berufl. Probleme	späte berufl. Probleme	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,2830 n=53	13,6207 n=58	0,0478
ETRI	21,3518 n=54	19,5789 n=57	0,2578
SEBI	32,6274 n=51	30,2241 n=58	0,1029
PMOT	21,0588 n=51	23,1429 n=56	0,0540
SOZRES	37,8113 n=53	36,9298 n=57	0,4792
ORG	1,0556 n=54	1,3519 n=54	0,1627
BES	7,0175 n=57	6,3559 n=59	0,1598
SYMPTR	8,0351 n=57	7,6949 n=59	0,6030

Tabelle 26: Profilvergleich Z5 (frühe vs. späte soziale Probleme wegen Alkohol)

Skala	frühe soz. Probleme	späte soz. Probleme	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,9672 n=61	13,0469 n=64	0,3478
ETRI	20,5397 n=63	19,4286 n=63	0,4425
SEBI	32,0667 n=60	30,6154 n=65	0,2724
PMOT	21,7458 n=59	22,0806 n=62	0,7432
SOZRES	36,8064 n=62	36,0656 n=61	0,5450
ORG	1,0484 n=62	1,4219 n=64	0,0797
BES	6,6000 n=65	6,7681 n=69	0,7230
SYMPTR	7,6154 n=65	8,1014 n=69	0,4423

Tabelle 27: Profilvergleich Z6 (früher vs. später Arbeitsplatzverlust)

Skala	früher Arbeits-verlust	später Arbeits-verlust	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,5000 n=32	12,6667 n=30	0,4524
ETRI	21,6875 n=32	20,7000 n=30	0,6421
SEBI	32,4667 n=30	31,2258 n=31	0,5388
PMOT	20,4000 n=30	22,3448 n=29	0,2221
SOZRES	38,1250 n=32	37,8621 n=29	0,8816
ORG	0,9667 n=30	1,3929 n=28	0,1456
BES	7,2424 n=33	7,2500 n=32	0,9919
SYMPTR	7,8485 n=33	8,8125 n=32	0,2571

Tabelle 28: Profilvergleich Z7 (früher vs. später Kontrollverlust)

Skala	früher Kontroll-verlust	später Kontroll-verlust	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,5385 n=65	13,2222 n=63	0,1307
ETRI	20,9545 n=66	19,9206 n=63	0,4823
SEBI	31,9692 n=65	30,9524 n=63	0,4449
PMOT	20,6875 n=64	22,8333 n=60	0,0342
SOZRES	37,1667 n=66	35,4167 n=60	0,1435
ORG	0,9385 n=65	1,5397 n=63	0,0034
BES	6,7353 n=68	6,7059 n=68	0,9490
SYMPTR	8,3088 n=68	7,5000 n=68	0,1468

Tabelle 29: Profilvergleich Z8 (früher vs. später Toleranzverlust)

Skala	früher Toleranz-verlust	später Toleranz-verlust	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,6792 n=53	13,4068 n=59	0,1534
ETRI	21,2592 n=54	19,8813 n=59	0,3927
SEBI	31,5192 n=52	30,1525 n=59	0,3654
PMOT	20,9019 n=51	22,8246 n=57	0,0873
SOZRES	36,8889 n=54	36,4737 n=57	0,7444
ORG	1,0909 n=55	1,6316 n=57	0,0151
BES	7,2982 n=57	6,6230 n=61	0,1467
SYMPTR	8,2281 n=57	7,6557 n=61	0,3875

Tabelle 30: Profilvergleich Z9 (frühe vs. späte Vernachlässigung des Essens)

Skala	frühe Vernachlässigung	späte Vernachlässigung	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,9016 n=61	13,1515 n=66	0,2786
ETRI	20,7869 n=61	20,2273 n=66	0,7058
SEBI	32,2667 n=60	29,5606 n=66	0,0418
PMOT	20,9322 n=59	22,7500 n=64	0,0912
SOZRES	37,0656 n=61	35,9355 n=62	0,3508
ORG	1,0317 n=63	1,4762 n=63	0,0349
BES	6,9385 n=65	6,9412 n=68	0,9913
SYMPTR	8,0615 n=65	7,5735 n=68	0,4174

Tabelle 31: Profilvergleich Z10 (frühes vs. spätes Auftreten des Tremors)

Skala	frühes Autreten von Zittern	spätes Auftreten von Zittern	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,3793 n=58	12,5294 n=51	0,3379
ETRI	21,9828 n=58	19,0196 n=51	0,0558
SEBI	32,5614 n=57	30,0000 n=50	0,0719
PMOT	21,5536 n=56	23,0208 n=48	0,2008
SOZRES	36,7241 n=58	36,2000 n=50	0,6875
ORG	1,0345 n=58	1,7059 n=51	0,0037
BES	7,0167 n=60	7,0370 n=54	0,9631
SYMPTR	7,9167 n=60	7,8333 n=54	0,8938

Tabelle 32: Profilvergleich Z11 (früher vs. später Krankenhausaufenthalt wegen Alkohol)

Skala	früher Krankenhaus-aufenthalt	später Krankenhaus-aufenthalt	Signifikanz (F-Prob.)
KONTR	11,2333 n=30	11,4194 n=31	0,8967
ETRI	21,1290 n=31	21,9355 n=31	0,6780
SEBI	31,9355 n=31	30,4516 n=31	0,4280
PMOT	21,1000 n=30	22,4516 n=31	0,3974
SOZRES	37,7742 n=31	36,9355 n=31	0,6200
ORG	1,1250 n=32	1,5806 n=31	0,1082
BES	7,0000 n=34	7,6667 n=33	0,2703
SYMPTR	8,8529 n=34	8,2121 n=33	0,3299

Tabelle 33: Profilanalyse Z12 (frühe vs. späte gesundheitliche Probleme wegen Alkohol)

Skala	frühe gesundheitl.-Probleme	späte gesundheitl.-Probleme	Signifikanz (F.-Prob.)
KONTR	12,0444 n=45	12,7255 n=51	0,5967
ETRI	22,2000 n=45	20,0784 n=51	0,2001
SEBI	33,8696 n=46	29,4902 n=51	0,0018
PMOT	20,6136 n=44	23,6596 n=47	0,0102
SOZRES	36,0869 n=46	35,5918 n=49	0,7260
ORG	1,5652 n=46	1,4583 n=48	0,6529
BES	7,3265 n=49	6,5283 n=53	0,0918
SYMPTR	8,7755 n=49	7,5094 n=53	0,0622

Tabelle 34: Profilvergleich Z13 (frühes vs. spätes Erleichterungstrinken)

Skala	frühes Erleichterungstrinken	spätes Erleichterungstrinken	Signifikanz (F.-Prob.)
KONTR	11,4531 n=64	14,0571 n=70	0,0226
ETRI	20,8281 n=64	19,7183 n=71	0,4386
SEBI	33,2000 n=65	29,3714 n=70	0,0027
PMOT	21,3175 n=63	22,8657 n=67	0,1232
SOZRES	36,9538 n=65	35,5672 n=67	0,2453
ORG	1,2121 n=66	1,2308 n=65	0,9251
BES	7,0000 n=69	6,3472 n=72	0,1513
SYMPTR	8,6087 n=69	7,3750 n=72	0,0389

Tabelle 35: Profilanalyse der Zeitdifferenzen Z13 (erstes Erleichterungstrinken) versus Z1 (erster Rausch)

Mittelwerte

Skala	kleine Zeitdifferenz	große Zeitdifferenz	Signifikanz
KONTR	12,1875 n=64	13,4627 n=67	0,2712
ETRJ	19,7077 n=65	20,6716 n=67	0,4997
SEBJ	31,7846 n=65	30,3182 n=66	0,2658
PMOT	21,4286 n=63	22,6154 n=65	0,2424
SOZRES	36,8095 n=63	35,7538 n=65	0,3872
ORG	1,1846 n=65	1,2656 n=64	0,6865
BES	7,4493 n=69	5,9265 n=68	0,0009
SYMPTR	8,3043 n=69	7,4412 n=68	0,1360

Tabelle 36: Profilanalyse der Zeitdifferenzen Z13 (erstes Erleichterungstrinken) versus Z10 (erster Tremor)

Mittelwerte

Skala	kleine Zeitdifferenz	große Zeitdifferenz	Signifikanz
KONTR	11,1750 n=80	15,0667 n=75	0,0001
ETRJ	20,5190 n=79	19,3766 n=77	0,3798
SEBJ	32,0250 n=80	29,7867 n=75	0,0599
PMOT	22,5823 n=79	21,4857 n=70	0,2359
SOZRES	37,2532 n=79	34,5676 n=74	0,0136
ORG	1,3117 n=77	1,2024 n=84	0,5476
BES	7,2222 n=81	6,4176 n=91	0,3168
SYMPTR	8,5679 n=81	7,6813 n=91	0,4340

Tabelle 37: Profilanalyse der Zeitdifferenzen Z7 (erster Kontrollverlust) versus Z10 (erstes Zittern)

Mittelwerte

Skala	kleine Zeitdifferenz	große Zeitdifferenz	Signifikanz
KONTR	11,2692 n=52	11,7442 n=43	0,7179
ETRJ	21,2941 n=51	20,7727 n=44	0,7606
SEBJ	31,4314 n=51	32,4186 n=43	0,5177
PMOT	21,3542 n=48	22,5476 n=42	0,3233
SOZRES	37,4808 n=52	36,0233 n=43	0,2920
ORG	1,3600 n=50	1,3182 n=44	0,8716
BES	7,3019 n=53	6,8913 n=46	0,3915
SYMPTR	8,1509 n=53	8,0217 n=46	0,8365

Tabelle 38: Profilanalyse der Zeitdifferenz Z2 (Erinnerungslücken) gegen Z1 (erster Rausch)

Mittelwerte

SKALA	kleine Zeitdifferenz	große Zeitdifferenz	Signifikanz
KONTR	11.9710 n=69	13,6719 n=64	0,1259
ETRI	20,3889 n=72	19,9365 n=63	0,7468
SEBI	30,3333 n=69	31,5238 n=63	0,3757
PMOT	21,7463 n=67	22,5323 n=62	0,4249
SOZRES	36,7857 n=70	35,9000 n=60	0,4585
ORG	1,0429 n=70	1,4762 n=63	0,0375
BES	7,0133 n=75	6,5522 n=67	0,3035
SYMPTR	7,7333 n=75	7,9254 n=67	0,7559

Tabelle 39: Profilanalyse der Zeitdifferenz Z5 (soziale Probleme) gegen Z1 (erster Rausch)

Mittelwerte

Skala	kleine Zeitdifferenz	große Zeitdifferenz	Signifikanz
KONTR	12,6610 n=59	12,3968 n=63	0,8201
ETRI	19,3770 n=61	20,6613 n=62	0,3724
SEBI	30,6667 n=60	31,8871 n=62	0,3669
PMOT	22,0000 n=58	21,7333 n=60	0,7969
SOZRES	37,3448 n=58	35,4839 n=62	0,1360
ORG	1,0667 n=60	1,4063 n=64	0,1153
BES	7,2063 n=63	6,2206 n=68	0,0389
SYMPTR	7,6032 n=63	8,1765 n=68	0,3719

Tabelle 40: Profilanalyse der Zeitdifferenz Z7 (erster Kontrollverlust) gegen Z1 (erster Rausch)

Mittelwerte

Skala	kleine Zeitdifferenz	große Zeitdifferenz	Signifikanz
KONTR	11,5161 n=62	13,3065 n=62	0,1125
ETRI	19,7778 n=63	21,0161 n=62	0,4025
SEBI	30,7134 n=63	32,0492 n=61	0,3289
PMOT	21,7377 n=61	21,7500 n=60	0,9746
SOZRES	37,2258 n=62	35,5167 n=60	0,1613
ORG	1,0794 n=63	1,4032 n=62	0,1256
BES	7,1791 n=67	6,2923 n=65	0,0576
SYMPTR	7,9851 n=67	7,7692 n=65	0,7058

Tabelle 41: Profilanalyse der Zeitdifferenz Z10 (erstes Zittern) gegen Z1 (erster Rausch)

Mittelwerte

Skala	kleine Zeitdifferenz	große Zeitdifferenz	Signifikanz
KONTR	11,6000 n=50	12,3509 n=57	0,5366
ETRI	20,1176 n=51	20,8929 n=56	0,6195
SEBI	31,0000 n=49	31,7143 n=56	0,6249
PMOT	22,3125 n=48	22,1667 n=54	0,9007
SOZRES	37,3673 n=49	35,6140 n=57	0,1840
ORG	1,0600 n=50	1,6140 n=57	0,0186
BES	7,4615 n=52	6,6167 n=60	0,0562
SYMPTR	8,0577 n=52	7,7500 n=60	0,6256

Tabelle 42: Zuordnung der Items zu den Skalen in der Voruntersuchung

n= 6 Beurteiler

Skala	Item*									Prozentsatz richt Item-Zuordnung
Trinkmotivation PMOT	1	18	24	29	32	41	44			
	5	6	6	4	5(1)	6	6			
	21	7	30	16	58					
	3	2(3)	(1)	1	1					92,85
Kontrollfähigkeit KONTR	2	7	17	20	28	31	40			
	6	ø	3	6	6	6	6			
	19	5	15							
	3	1	1(1)							78,57
Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens ETRI	3	5	14	15	19	37				
	5(1)	2(1)	6	4	2(1)	6				
	22	12	17	16	7					
	1(1)	3(1)	3(1)	1	(1)					77,77
Selbstbild unter Alkohol SEBI	11	13	23	25	27	30	34	38		
	6	6	4(1)	6	6	5(1)	6	6		
	8	21	36	57	4					
	2(1)	1(1)	1	(1)	1					97,92
Soziale Resonanz SOZRES	4	6	8	9	10	21	22	39	43	
	5	3	2(1)	6	5	1	2(1)	6	6	
	1	23	59	29	60					
	1	1	1	1	(1)					70,73

* - In der jeweils ersten Zeile stehen die theoretisch der Skala zugeordneten Items; in der zweiten Zeile stehen andere, der jeweiligen Skala "fälschlicherweise" zugeordneten Items

- Die Zahlen in Klammern bedeuten unsichere Zuordnungen

Tabelle 42: Fortsetzung

Skala	Item							Prozentsatz richtiger Item-Zuordnung
Einstellung gegenüber der sozialen Umwelt EUMW	12	16	26	33	35	36	42	80,95
	(2)	4	6	6	6	4(1)	5	
	5	22	6	10				
	1(1)	1	1	1				
Symptomatisches Trinkverhalten SYMPTR	51	52	53	54	55	57	59	60	61	63	46	89,39
	6	6	5(1)	5	6	3(1)	3	5	6	6	3(3)	
	64	56	62	45	49							
	2(1)	1	1	3	1							
Psychovegetative Beschwerden und Funktionsstörungen BES	45	47	48	49	50	56	58	62	64	85,18
	3	5(1)	5(1)	4(1)	6	5	5(1)	6	2(1)	
	59	54								
	3	(1)								

Tabelle 43: Zur Auswertung der Faktorenanalyse I (HC 1 - HC 44)*

Faktor 1 "Kontrollfähigkeit"

HC 6:	0,51512	Nie gezweifelt über Kontrollfähigkeit des Trinkens
HC 14:	0,70813	Glaube nicht, daß ich meinen Alkoholkonsum einschränken könnte
HC 17:	0,65451	Glaube nicht an ein Trinksystem
HC 25:	0,57088	Kontrollverlust
HC 43:	-0,68672	Kann nicht längere Zeit ohne Alkohol auskommen

Faktor 2 "Alkoholwirkung"

HC 4:	0,58908	Mit Alkohol nichts wert
HC 18:	0,81364	Mit Alkohol sicher und entschlossen
HC 20:	0,66558	Brauche Alkohol, um mich aufzuputschen
HC 32:	0,80161	Mit Alkohol fühle ich mich jeder Situation gewachsen

Faktor 3 "Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens"

HC 3:	0,52031	Möchte mein Trinken einschränken
HC 26:	0,55926	Kann mir gut vorstellen, mit dem Trinken aufzuhören
HC 28:	0,55942	Kontrolle über Trinken nicht wichtig
HC 31:	0,58145	Viele Gründe, um weniger zu trinken
HC 33:	-0,51870	Niemand kann gegen sein Schicksal etwas tun
HC 42:	0,65620	Man muß auch ohne Alkohol mit Problemen und Konflikten fertig werden

Faktor 4 "Alkoholwirkung bei der Arbeit"

HC 27:	0,69609	Brauche Alkohol, um konzentrierter arbeiten zu können
HC 37:	0,70981	Mit Alkohol komme ich mit der Arbeit besser zurecht

Tabelle 43: Fortsetzung

Faktor 5 "Alkoholwirkung und Gefühle"

HC 15: 0,72098 Mit Alkohol Gefühle besser kontrollieren

HC 22: 0,66206 Mit Alkohol anderen gegenüber rücksichtsvoller

Faktor 6 "Soziale Resonanz bez. Alkohol"

HC 36: 0,53951 Bekannte meinen, Alkohol macht mir Schwierigkeiten

HC 39: 0,54104 Leute halten nicht mehr so viel von mir wie früher

Faktor 7 "Einstellung zur Partnerschaft"

HC 2: 0,58314 Probleme im Zusammenleben mit Partner

Faktor 8 "Alkoholwirkung und Durchsetzungsfähigkeit"

HC 44: 0,58762 Alkohol, um mich bei anderen besser durchsetzen zu können

* Nur Items mit Faktorenladungen über 0,5 werden aufgeführt

Tabelle 44: Zur Auswertung der Faktorenanalyse II
(bipolare Items der neuen Skalenversion)*

Faktor 1 "Einsicht und Kontrollfähigkeit"

HC 43:	0,72093	"Glaube nicht, daß ich längere Zeit ohne Alkohol auskommen könnte"
HC 14:	-0,66401	"Glaube nicht, daß ich meinen Alkoholkonsum einschränken könnte"
HC 17:	-0,64011	"Glaube nicht, daß ich mit einem Trinksystem jederzeit meinen Alkoholkonsum kontrollieren kann"
HC 25:	-0,58530	"Wenn ich anfange zu trinken, kann ich nicht genau sagen, ob ich jederzeit auch aufhören kann"

Faktor 2 "Selbstbild unter Alkohol"

HC 32:	0,77972	"Mit Alkohol fühle ich mich jeder Situation gewachsen"
HC 18:	0,76785	"Mit Alkohol fühle ich mich sicher und entschlossen"
HC 20:	0,66870	"Mit Alkohol fühle ich mich leer und gedrückt"
HC 4:	0,55702	"Mit Alkohol fühle ich mich nichts wert"

Faktor 3 "Soziale Resonanz bez. Alkoholtrinken"

HC 36:	0,67865	"Freunde meinen, daß Alkohol mir eine Menge Schwierigkeiten macht"
HC 39:	0,53980	"Glaube, daß die Leute nicht mehr so viel von mir halten wie früher"
HC 5:	0,51418	"Freunde machen mir Vorwürfe, daß ich zuviel trinke"

Faktor 4 "Trinkmotivation"

HC 27:	0,75359	"Brauche Alkohol, um konzentrierter arbeiten zu können"
HC 13:	0,50315	"Brauche Alkohol, um mich nit Problemen und Konflikten besser auseinandersetzen zu können"

Tabelle 44: Fortsetzung

Faktor 5 "Einstellungen zur Änderung des Trinkverhaltens"

HC 42	0,72100	"Man muß auch ohne Alkohol und andere Mittel mit Problemen und Konflikten fertig werden"

* Nur Items mit Faktorenladungen über 0,5 werden aufgeführt.

Tabelle 45: Faktorenanalyse der Ja-Nein Fragen (Alkoholikergruppe)*

Faktor 1

HB 4	Versteckter Vorrat
HB 5	Sage nicht, wieviel ich trinke
HB 8	Allein trinken
HB 10	Unter allen Umständen Alkohol bekommen
HB 14	Heimliches Trinken

Faktor 2

HB 7	Starke Nervosität
HB 15	Zittern der Hände
HB 16	Schweißausbrüche
HB 18	Weniger Appetit

Faktor 3

HB 1	Mehr Durst als früher
HB 2	Schnelles Trinken
HB 13	In einem Zug austrinken

Faktor 4

HB 6	Alkohol gegen Zittern und Brechreiz

* Nur Items mit Faktorenladungen über 0,5 werden aufgeführt

Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung von Zeitdifferenzen verschiedener Z-Items (Alk.gruppe)

Differenz
Z 13 (Erleichterungstrinken)
Z 1 (Erster Rausch)
n=137

Zeitdifferenz in Jahren	abs. Häufigkeit
- 6	1
- 1	1
0	15
1	12
2	4
3	5
4	9
5	9
6	9
7	4
8	7
9	7
10	5
11	6
12	3
13	5
14	2
15	4
16	5
17	4
18	2
19	2
20	3
22	1
24	2
25	2
26	2
28	1
29	1
31	1
32	2
50	1

Median: 7,375
Mittelwert: 9,277
Stand.abw.: 8,743

Differenz
Z 10 (Erstes Zittern)
Z i (Erster Rausch)
n=112

Zeitdifferenz in Jahren	abs. Häufigkeit
- 8	1
0	1
1	1
2	9
3	3
4	2
5	3
6	3
7	5
8	4
9	10
10	5
11	5
12	7
13	8
14	1
15	5
16	10
17	4
18	4
19	2
20	2
21	1
22	2
23	1
24	1
26	2
27	1
28	2
30	1
31	1
32	1
34	1
35	2
40	1

Median: 12,07
Mittelwert: 13,054
Stand.abw.: 8,565

Tabelle 46: Fortsetzung

Differenz
Z 5 (Soziale Probleme)
Z 1 (Erster Rausch)
n=131

Zeitdifferenz in Jahren	abs. Häufigkeit
0	4
1	4
2	4
3	6
4	5
5	7
6	9
7	6
8	11
9	7
10	6
11	8
12	7
13	6
14	4
15	5
16	9
17	4
18	6
19	1
20	4
22	1
23	1
24	1
30	1
33	1
34	1
36	1
38	1

Median: 9,917
Mittelwert: 10,931
Stand.abw.: 7,287

Differenz
Z 2 (Erinnerungslücken)
Z 1 (Erster Rausch)
n=142

Zeitdifferenz in Jahren	abs. Häufigkeit
0	10
1	6
2	16
3	9
4	7
5	12
6	7
7	8
9	3
10	5
11	5
12	5
13	2
14	10
15	3
16	4
17	4
18	2
10	2
21	1
22	3
24	1
26	3
28	2
29	1
30	1
31	1
32	2
37	1
38	1
40	1

Median: 7,000
Mittelwert: 9,915
Stand.abw.: 8,991

Tabelle 46: Fortsetzung

Differenz
Z 7 (Kontrollverlust)
Z 10 (Zittern)
n=99

Differenz in Jahren	abs. Häufigkeit
-19	1
-16	1
-13	1
-12	1
- 9	1
- 8	4
- 6	3
- 5	6
- 4	6
- 3	5
- 2	12
- 1	12
0	29
1	7
2	3
3	3
5	2
6	1
10	1

Median: -0,792
Mittelwert: -1,778
Stand.abw.: 4,097

Differenz
Z 13 (Erleichterungstrinken)
Z 10 (Zittern)
n=103

Differenz in Jahren	abs. Häufigkeit
-26	1
-25	1
-20	1
-16	2
-15	1
-14	1
-13	2
-12	1
-11	1
-10	5
- 9	4
- 8	4
- 7	4
- 6	8
- 5	10
- 4	8
- 3	9
- 2	8
- 1	10
0	12
1	3
2	2
4	1
6	1
7	1
8	1
41	1

Median:-3,813
Mittelwert: -4,243
Stand.abw.: 7,212

Tabelle 4 6: Fortsetzung

Differenz:
Z 1 Erster Rausch
Z 7 Kontrollverlust n=132

Zeitdifferenz in Jahren	abs. Häufigkeit	Zeitdifferenz in Jahren	abs. Häufigkeit
0	1	20	1
1	5	21	1
2	6	22	-
3	7	23	2
4	8	24	1
5	8	25	1
6	6	26	1
7	7	27	3
8	8	28	2
9	3	29	-
10	8	30	-
11	5	31	-
12	7	32	4
13	4	33	1
14	6	34	-
15	3	35	2
16	7	36	-
17	3	37	-
18	5	38	1
19	5		

Median: 10,375
Mittelwert: 12,136
Stand.abw.: 8,704

Tabelle 47: Standardmeßfehler der Skalen

Skala	Standardmeßfehler (für T-Skala)
KONTR	4,909
SEBI	3,858
ETRI	5,281
EUMW	5,335
SOZRES	3,647
PMOT	5,348
ORG	7,007
BES	3,450
SYMPTR	2,778

Tabelle 48: Kritische Testwertdifferenzen der einzelnen Skalen

Skala	Kritische Differenz (für T-Werte; α=0,05)
KONTR	13,607
SEBI	10,694
ETRI	14,638
EUMW	14,788
SOZRES	10,109
PMOT	14,824
ORG	19,422
BES	9,563
SYMPTR	7,700

Tabelle 49: Kritische Differenzen zwischen je zwei Skalenwerten

Skalenvergleich	Kritische Differenz (in T-Werten; =0,05)
KONTR - PMOT	14,983
KONTR - SEBI	10,704
KONTR - SOZRES	11,615
KONTR - ETRI	11,685
PMOT - SEBI	14,864
PMOT - SOZRES	15,533
PMOT - ETRI	15,586
SEBI - SOZRES	11,461
SEBI - ETRI	11,532
SOZRES-ETRI	12,382

Anhang 2: Abbildungen

Abb.1 : Summenwertverteilung MALT-Gesamtwert

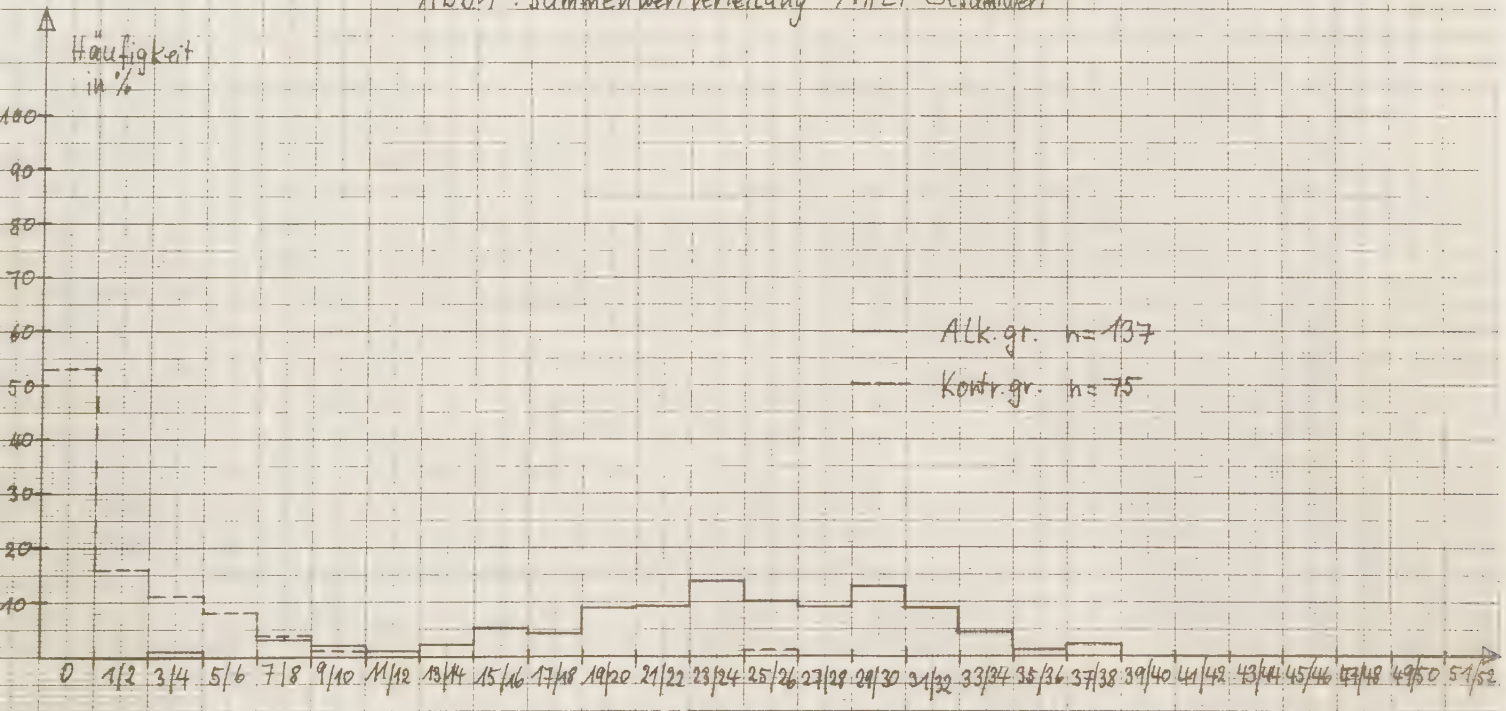


Abb. 2 : Summenwertverteilungen von MALT-F und MALT-S

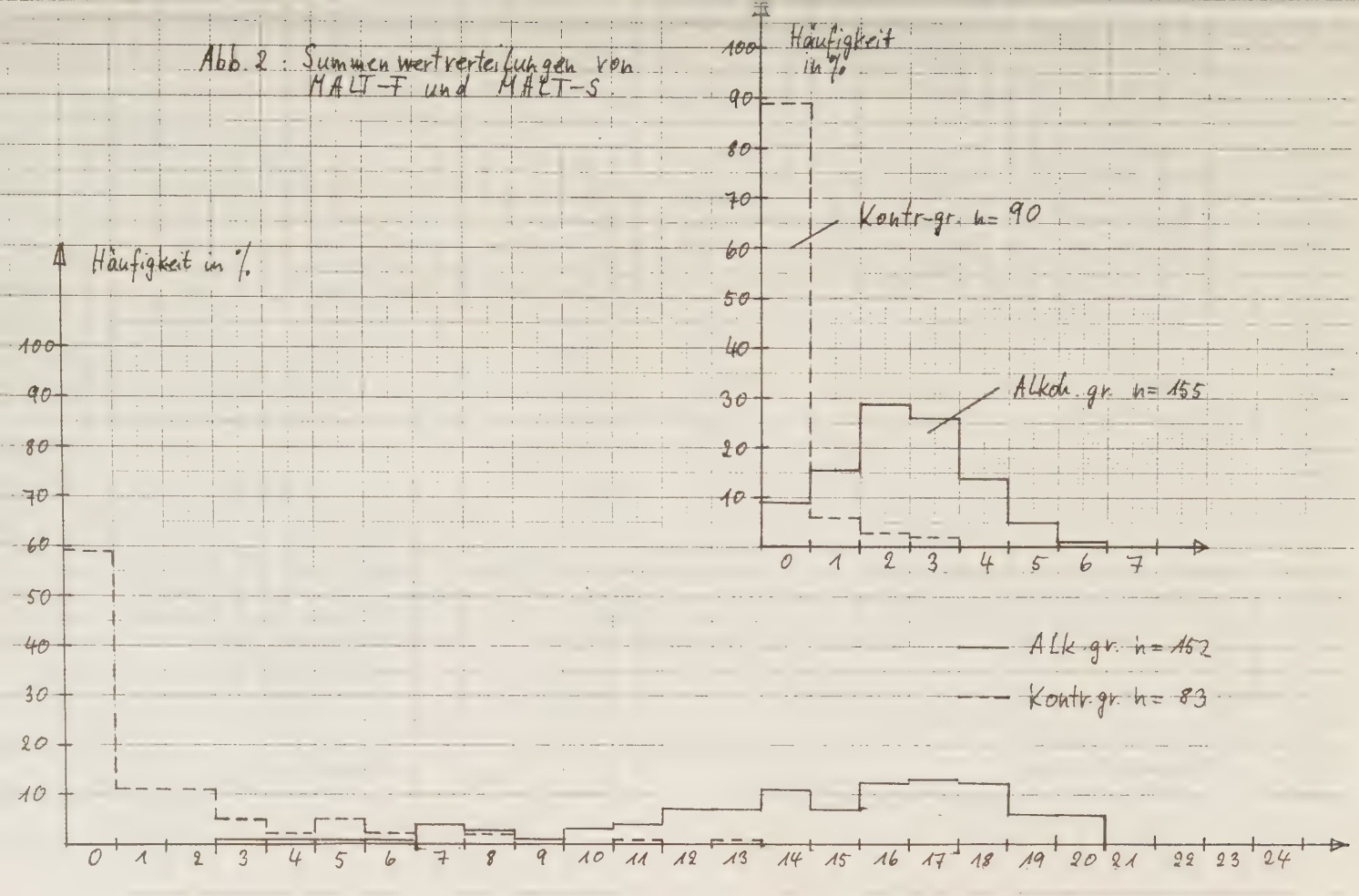


Abb. 3: Item-Analyse der Skala Kontrollfähigkeit (KONTR)

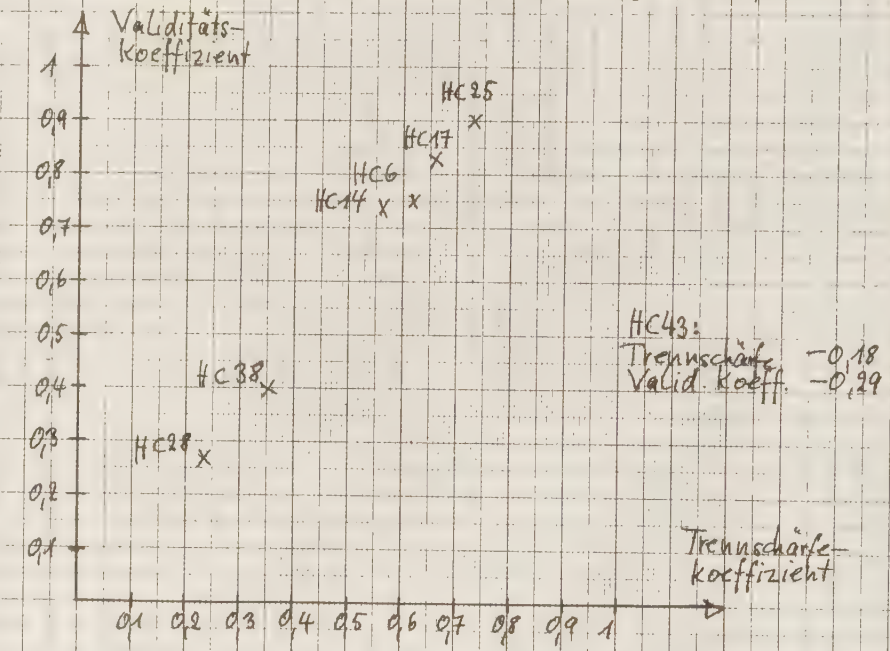


Abb. 4: Item-Analyse der Skala Personorientierte Trinkmotivation (PMOT)

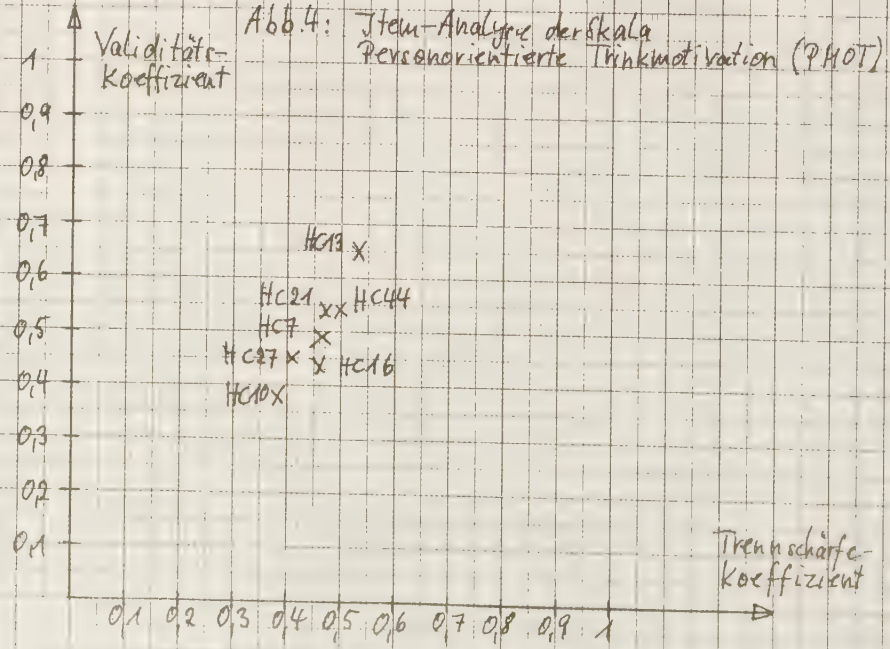


Abb. 5: Item-Analyse der Skala Selbstbild unter Alkohol (SEBJ)

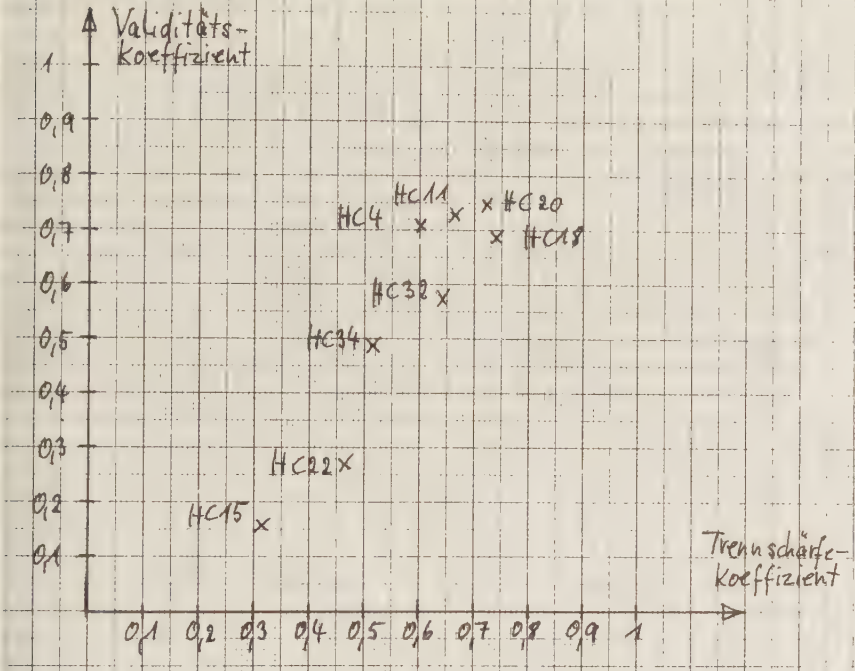


Abb. 6: Item-Analyse der Skala Soziale Resonanz bez. Trinken (SOZRES)

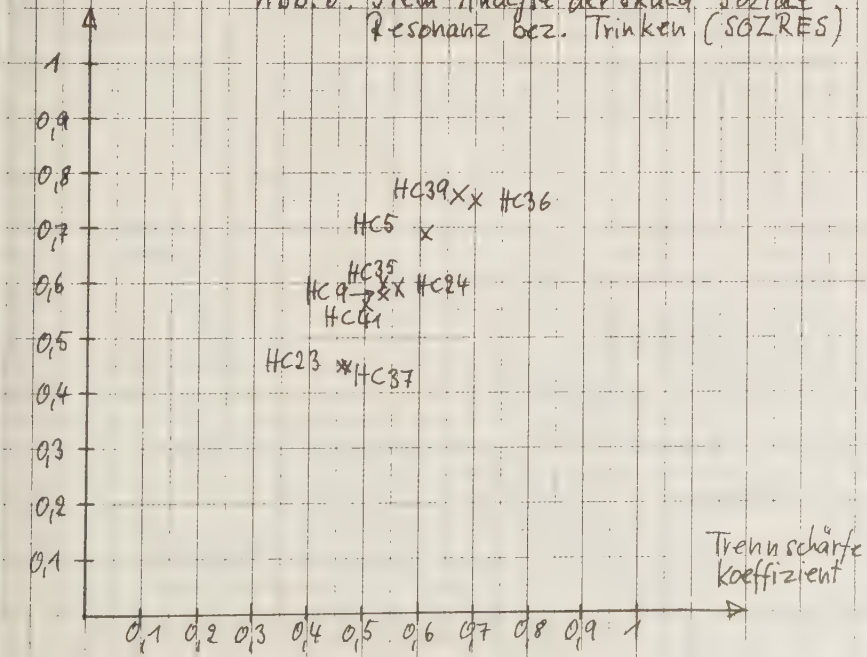


Abb 7: Item-Analyse der Skala Einstellung zur Änderung des Trinkverhaltens (EÄTRJ)

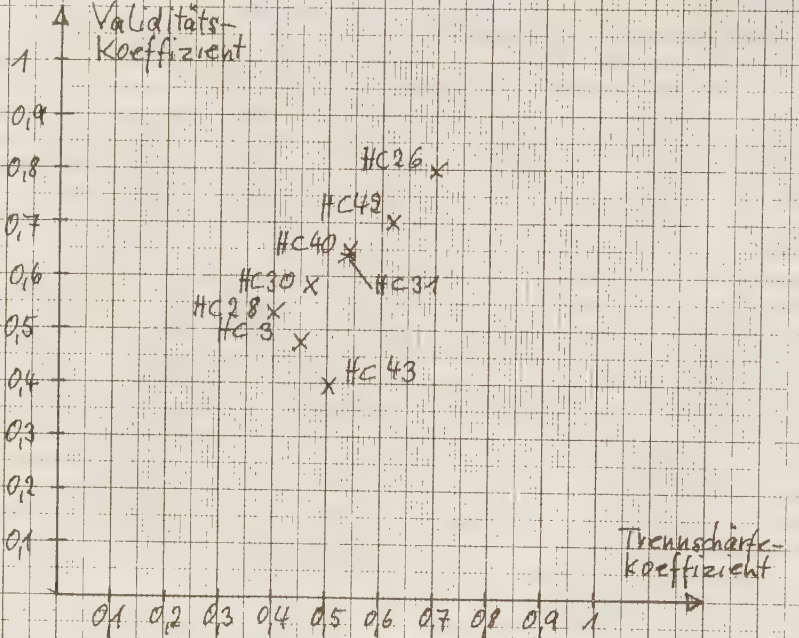


Abb. 8: Item-Analyse der Skala Einstellung zur Umwelt (EUMW)

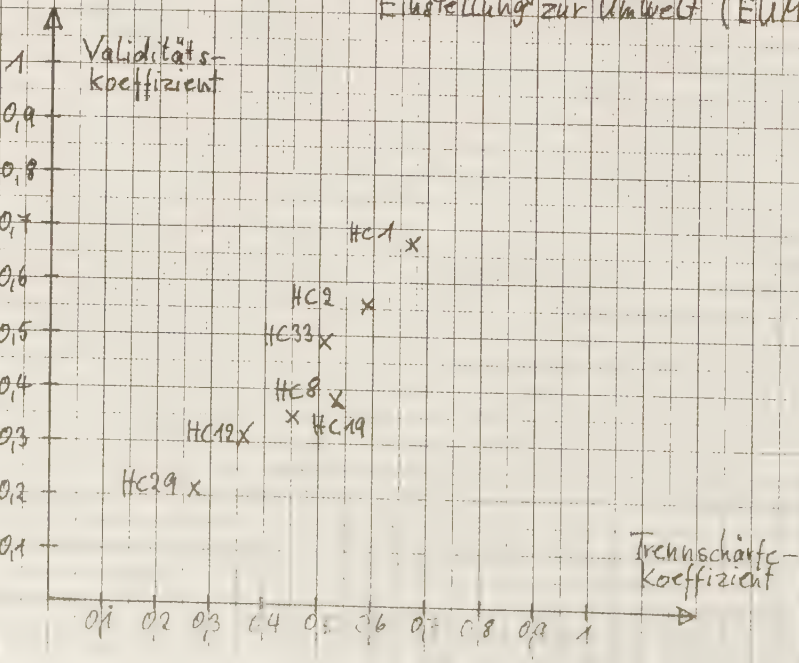
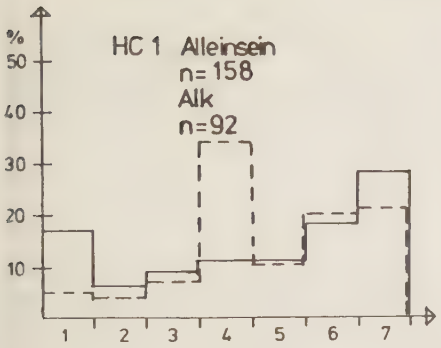
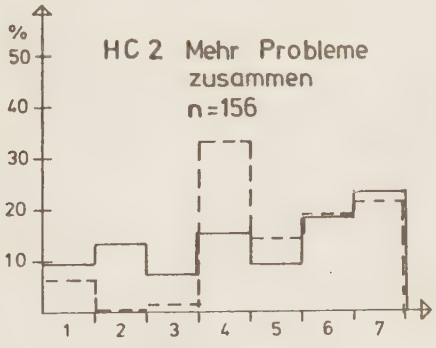
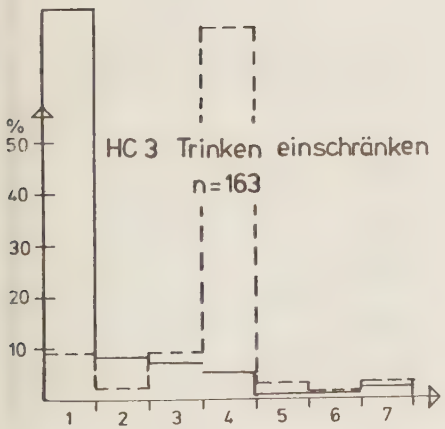
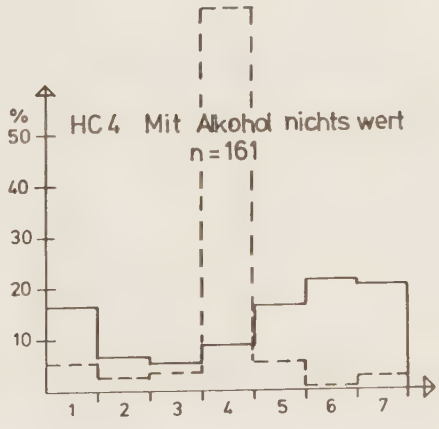


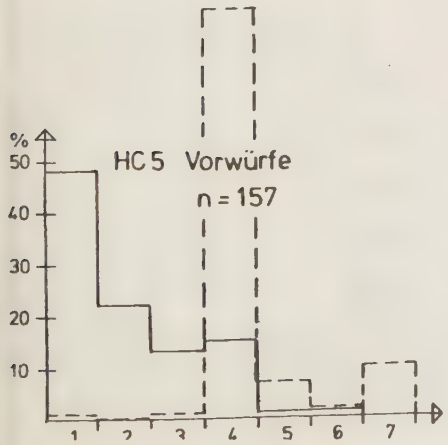
Abb. 9: Häufigkeitsverteilung der bipolaren Items











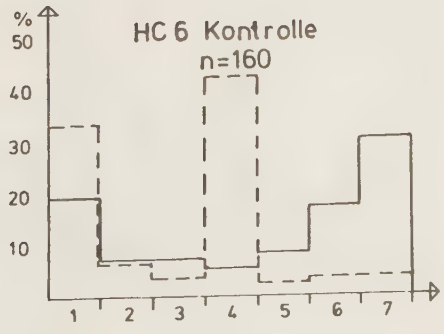
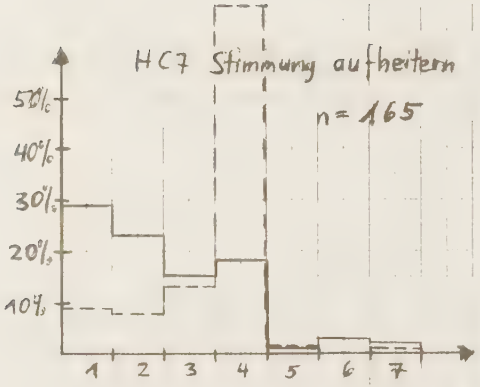
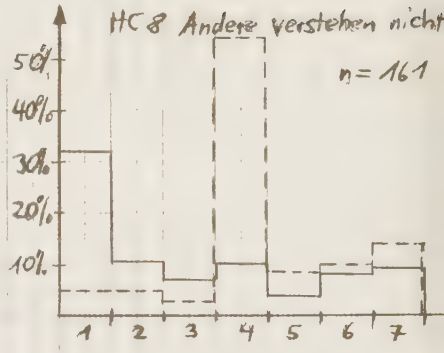
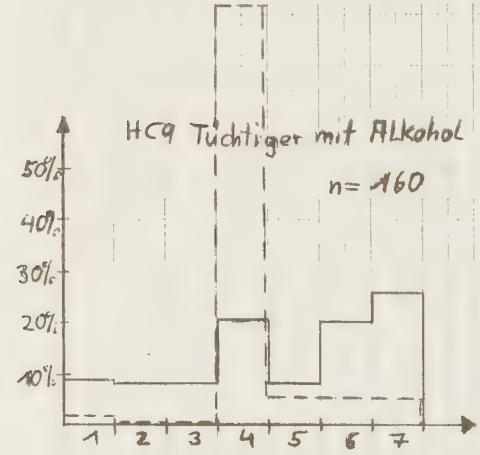
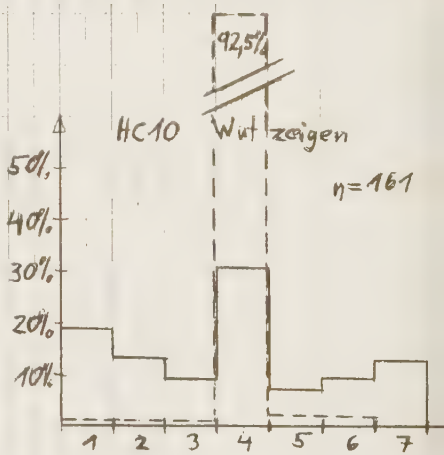


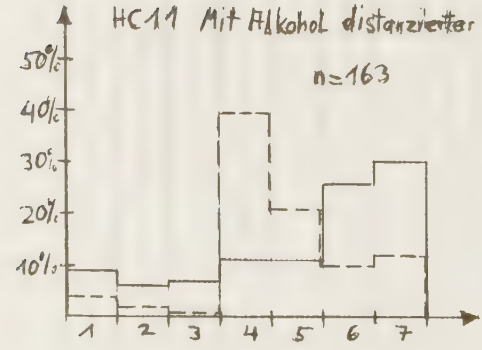
Abb. 9: Fortsetzung











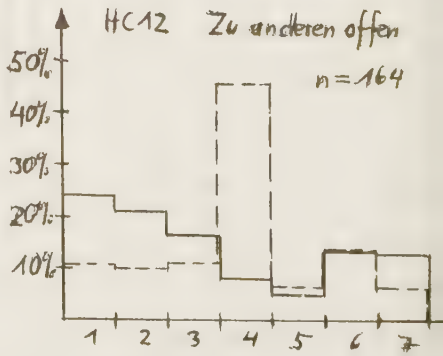
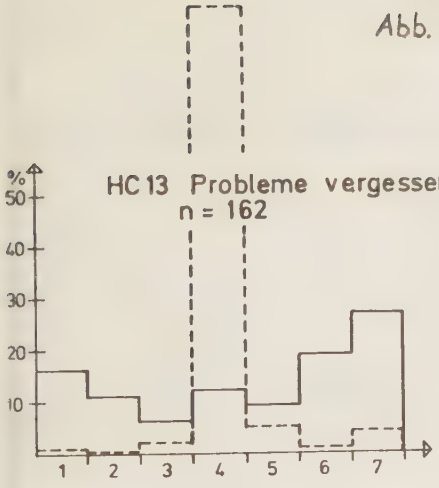
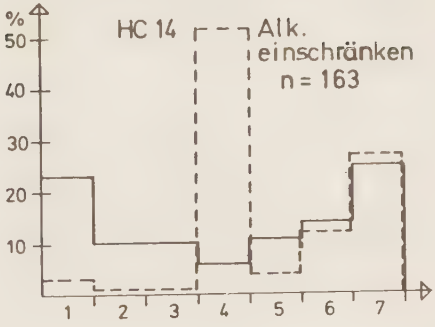
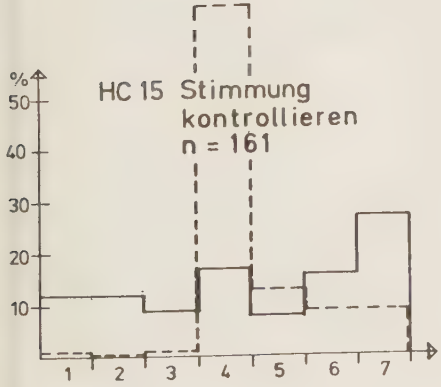
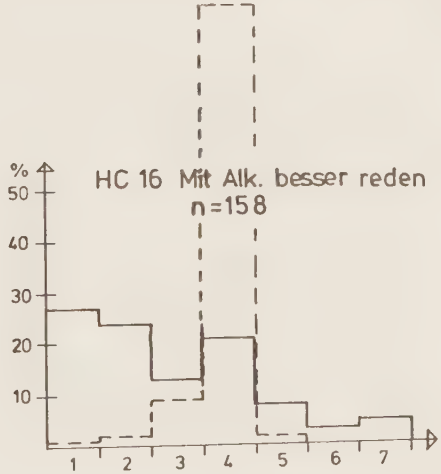


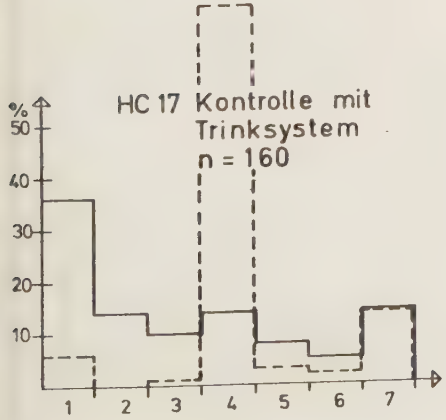
Abb. 9: Fortsetzung











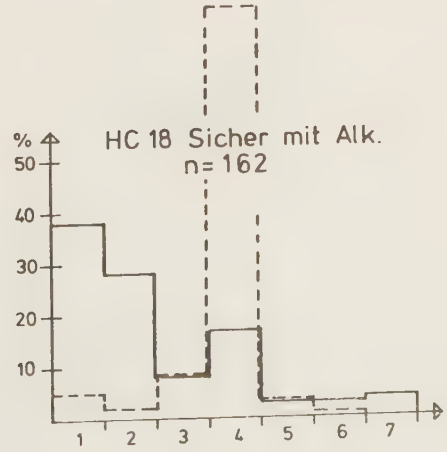
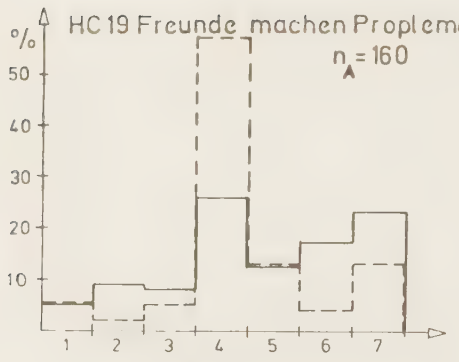
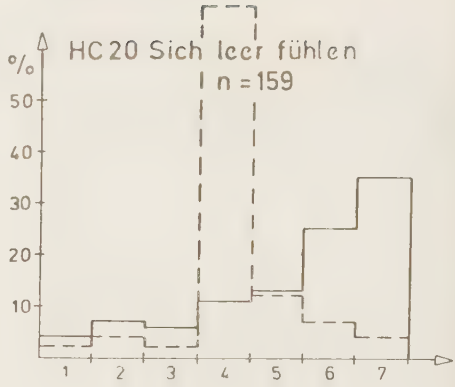
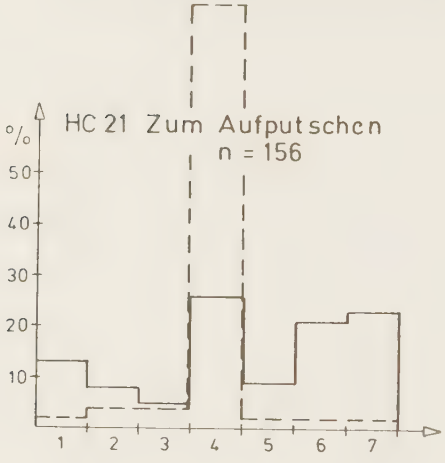
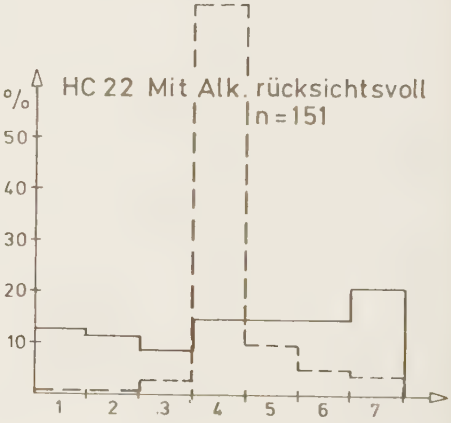


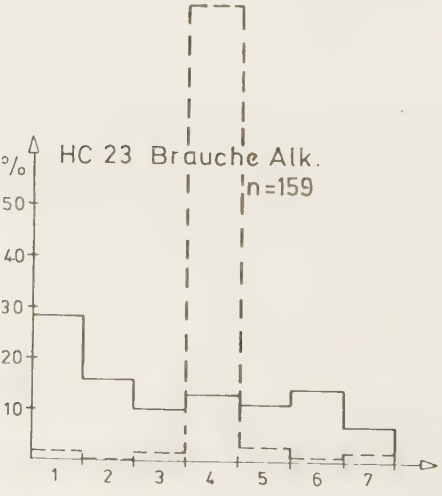
Abb. 9: Fortsetzung











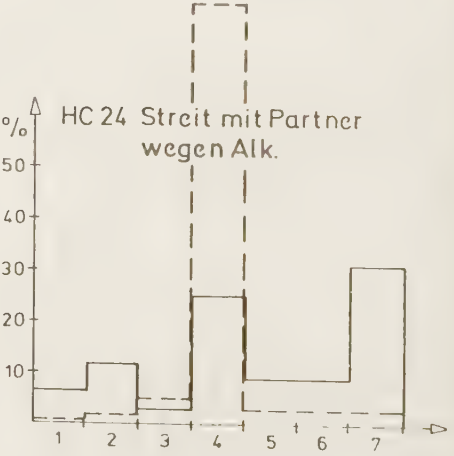
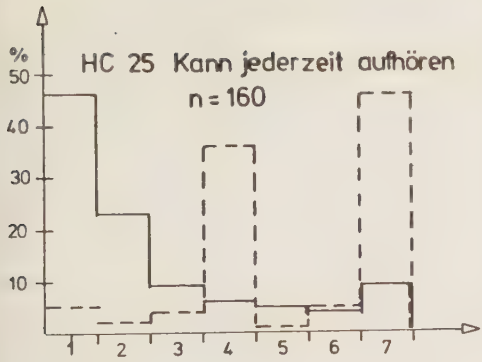
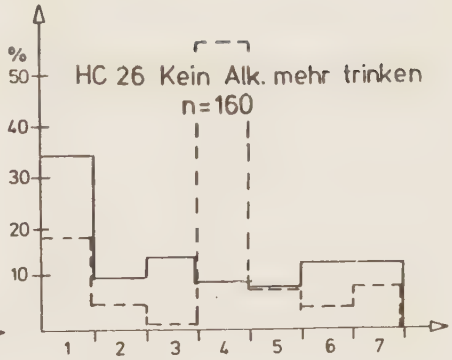
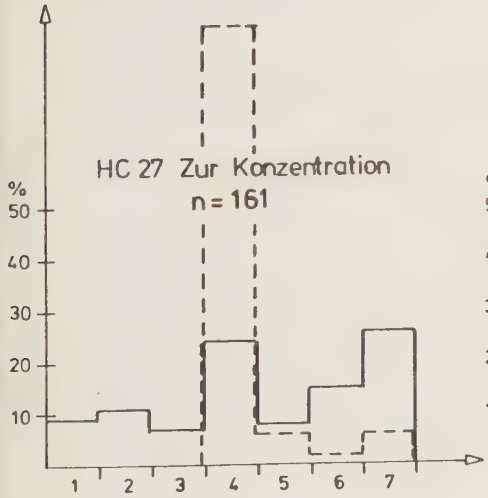
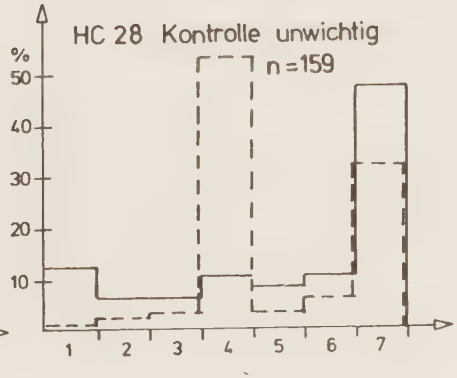


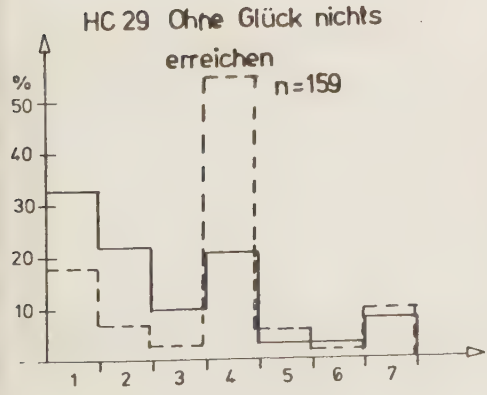
Abb. 9: Fortsetzung











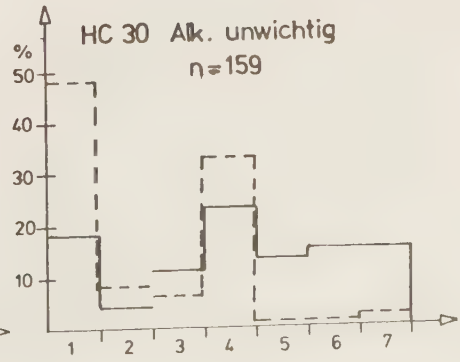
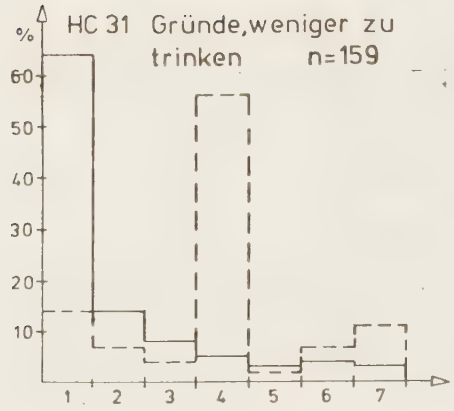
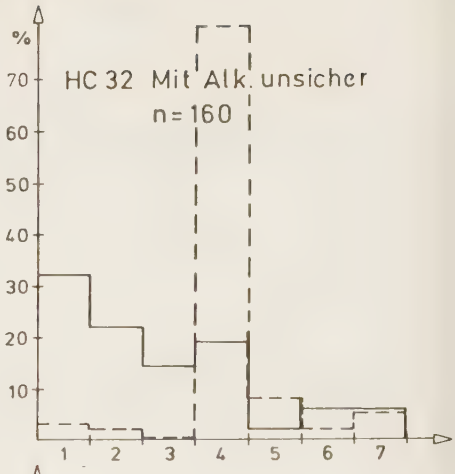
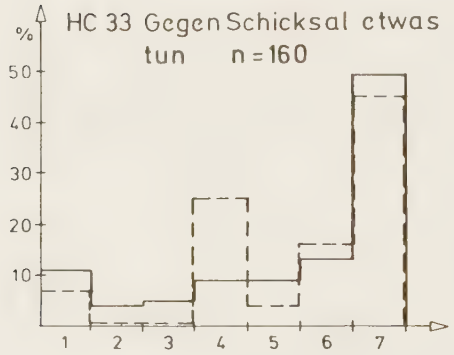
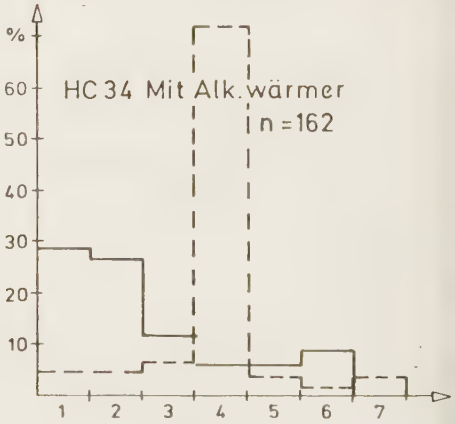


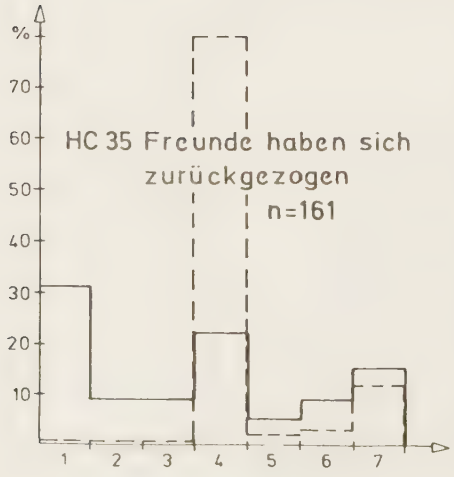
Abb. 9: Fortsetzung











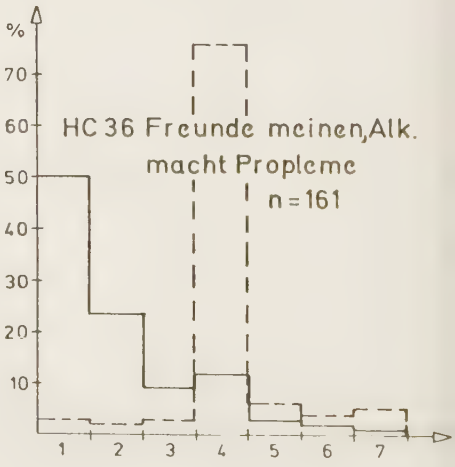
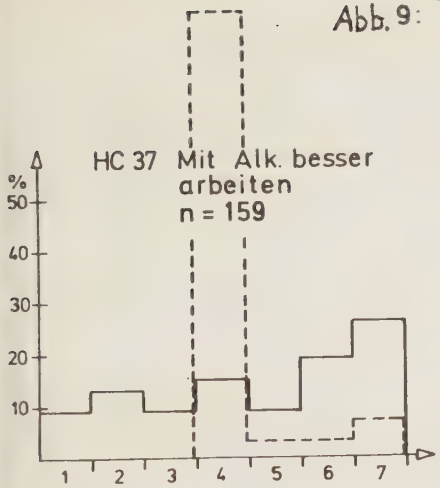
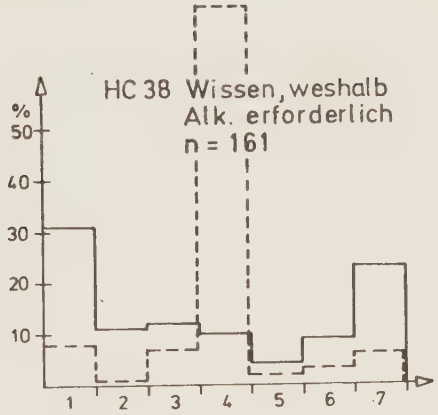
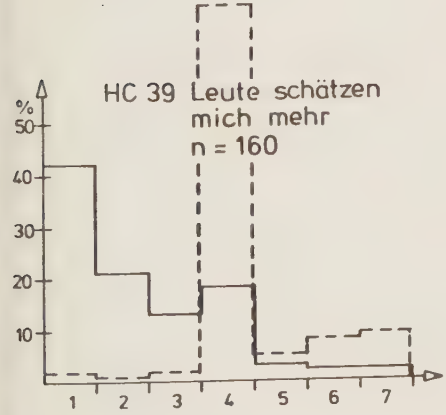
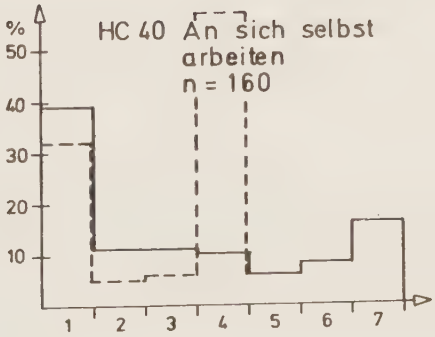


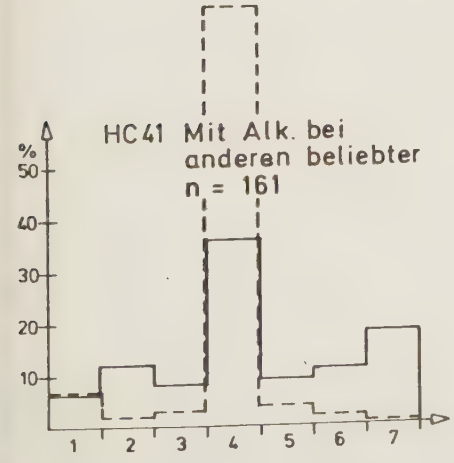
Abb. 9: Fortsetzung











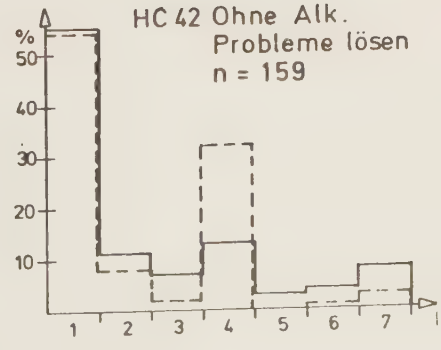


Abb. 9: Fortsetzung

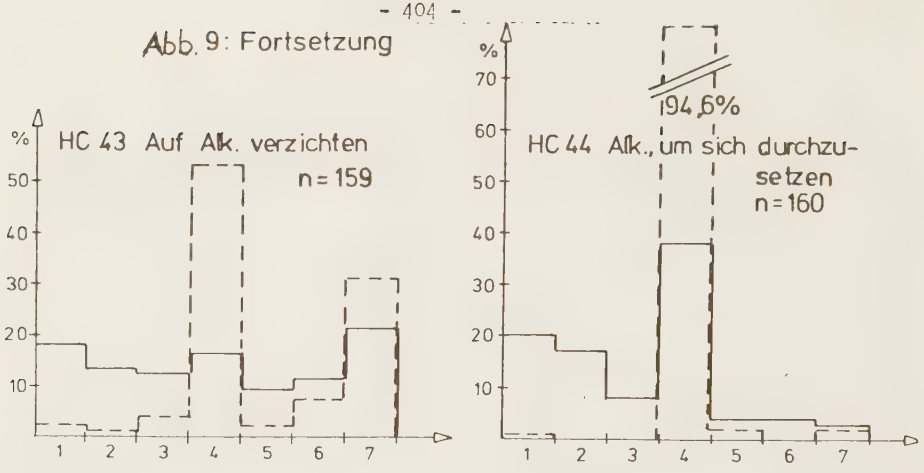


Abb 10: Summenwertverteilung der Skala organische Störungen (ORG)

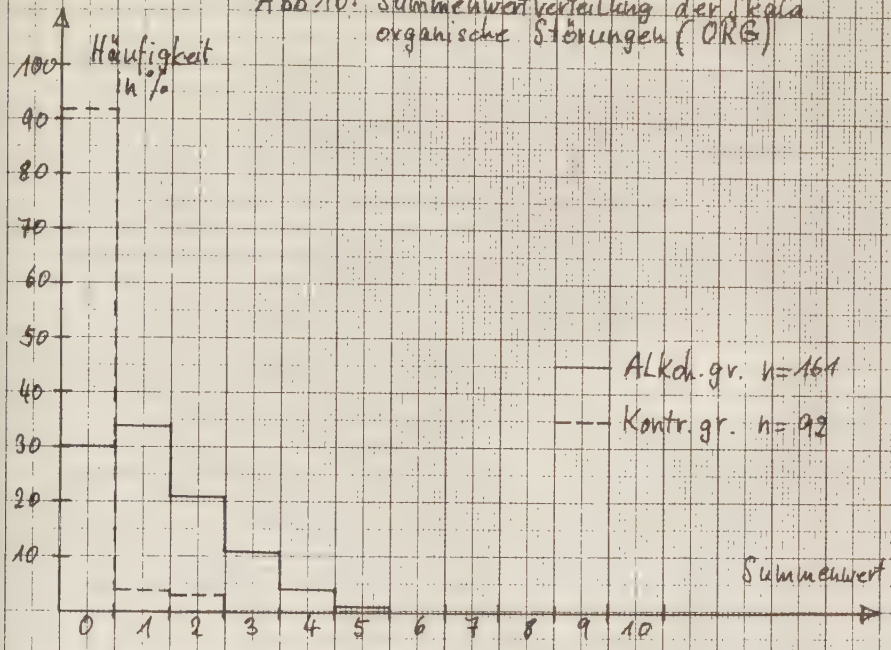


Abb 11: Summenwertverteilung der Skala Beschwerden u. Funktionsstörungen (BES)

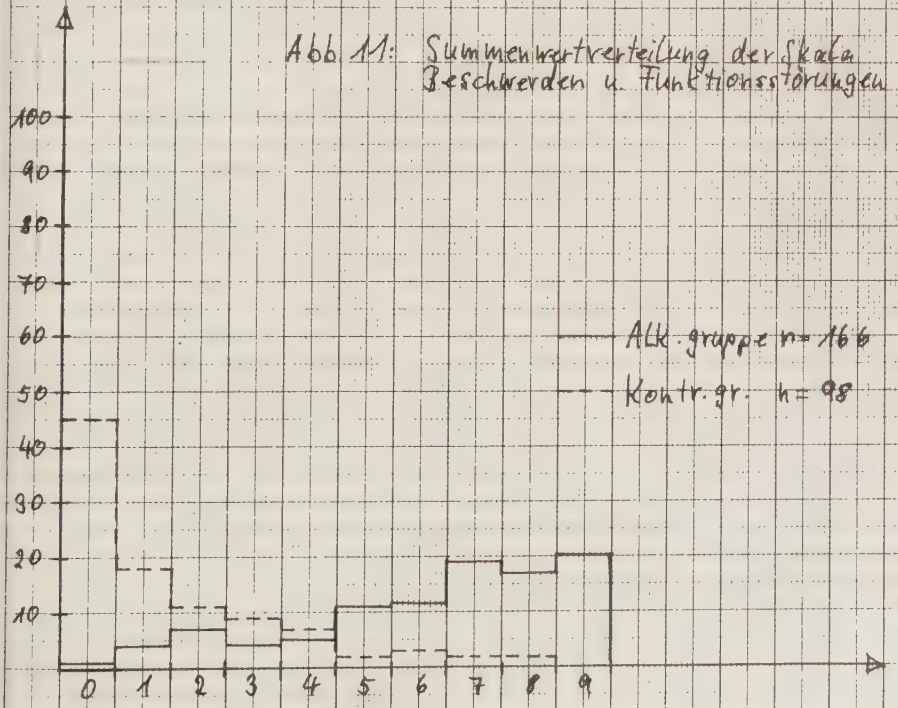


Abb. 12: Summenverteilung der Skala Symptomatisches Trinkverhalten (SYMPTR)

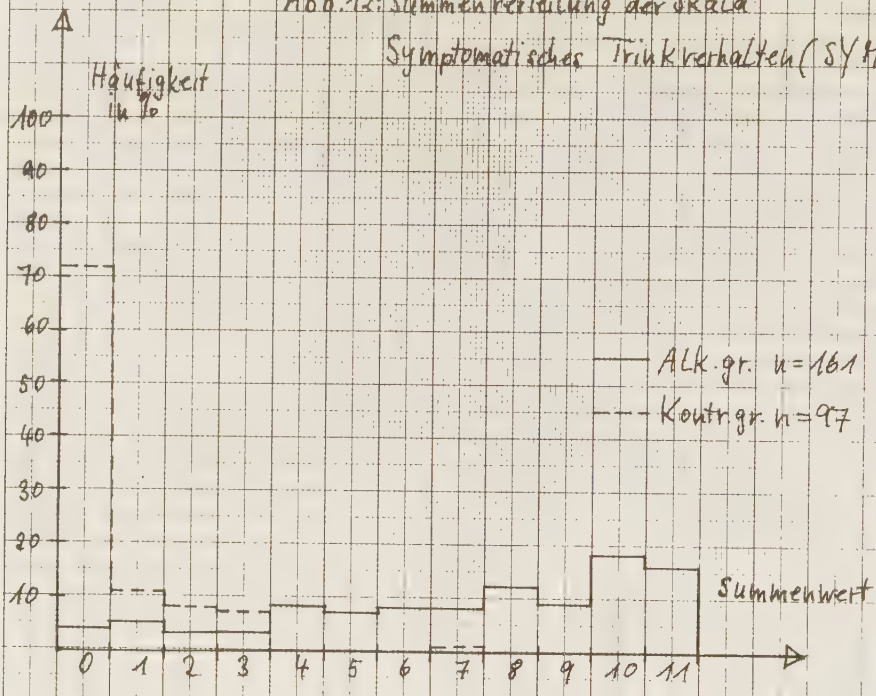


Abb. 13: Personorientierte Trinkmotivation (PMOT)

Abb. 14: Selbstbild unter Alkohol (SEB I)

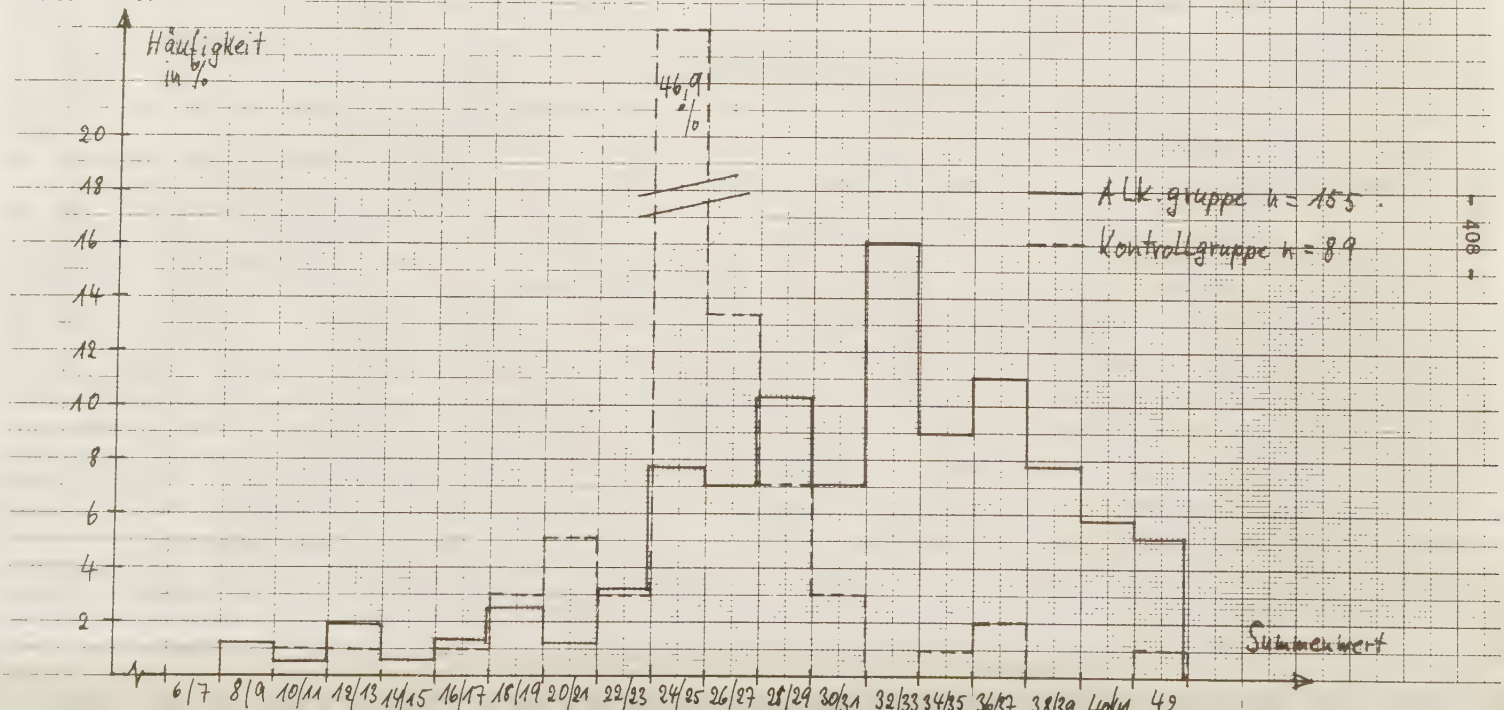


Abb. 15: Kontrollfähigkeit des eigenen Alkoholkonsums (KONTR)

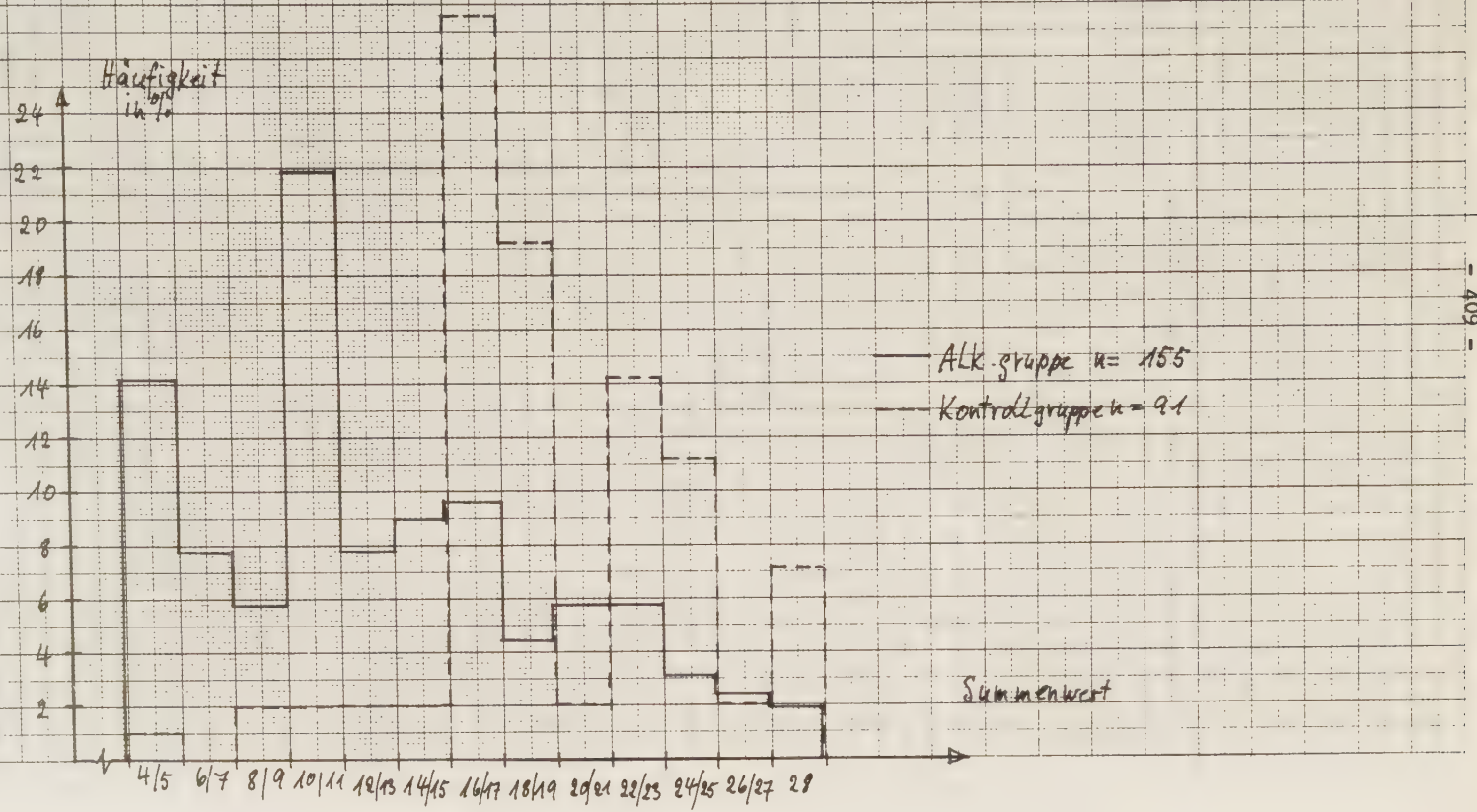


Abb. 16: Soziale Resonanz bez. Alkoholtrinken (SOZRES)

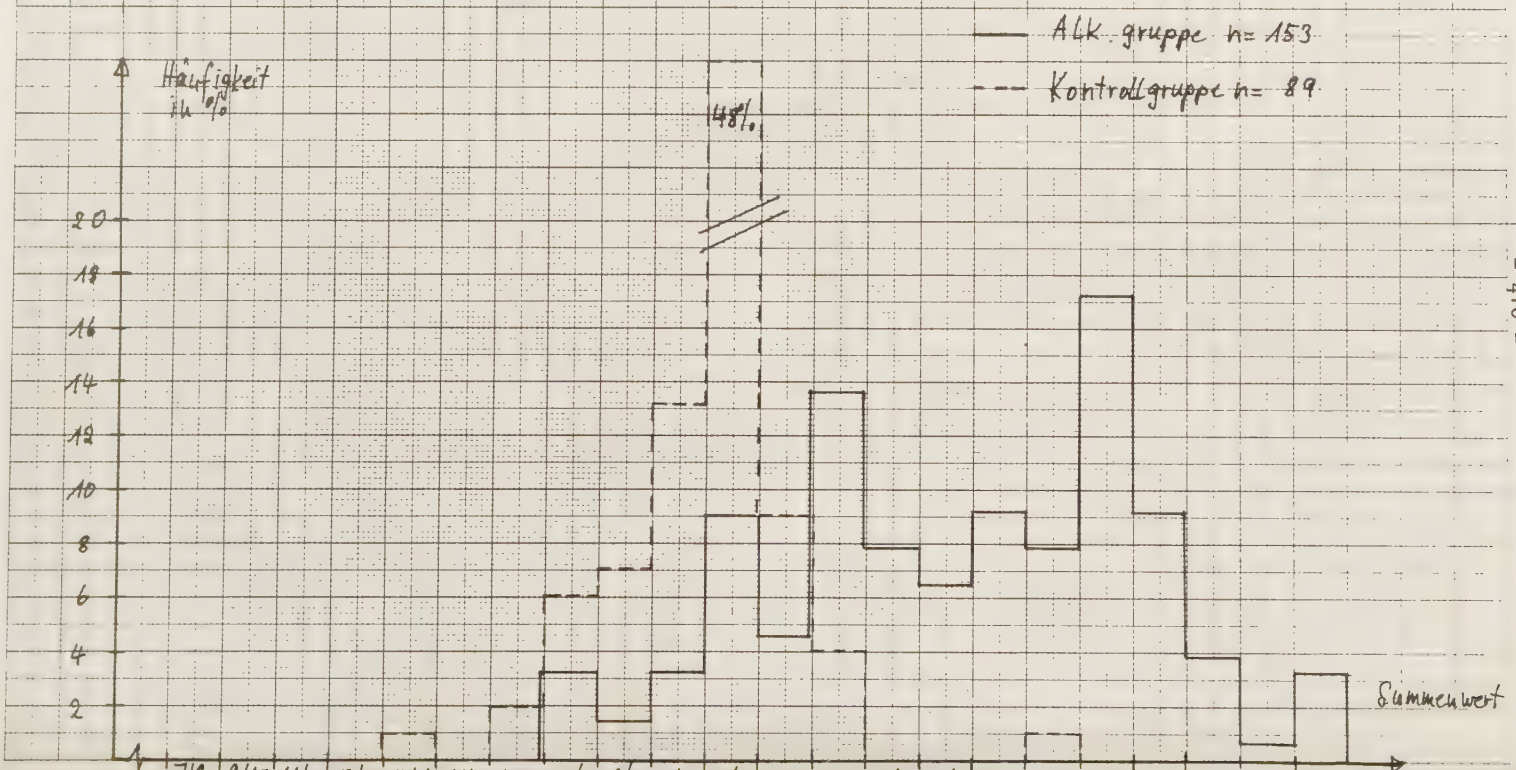
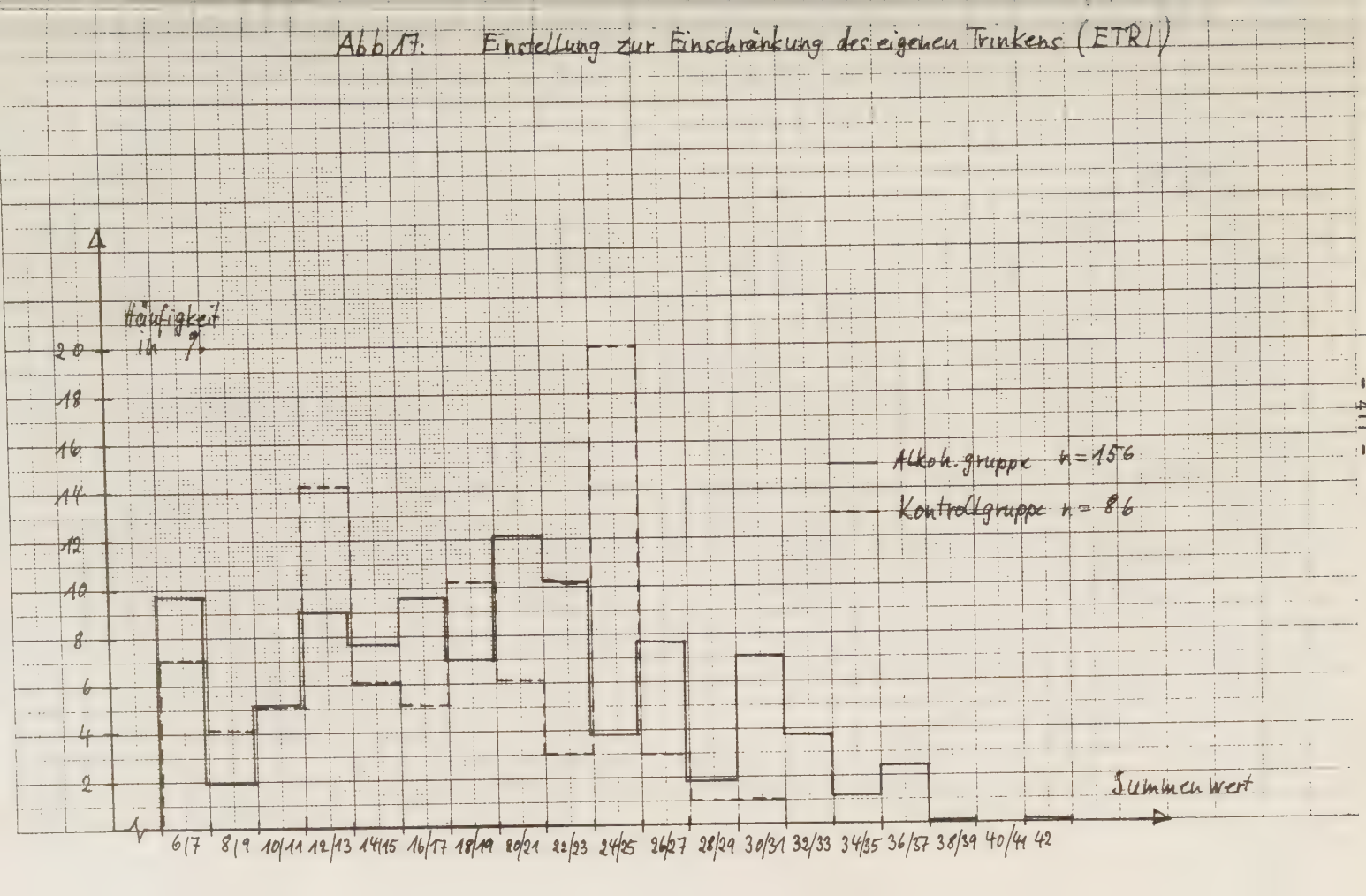


Abb 17: Einstellung zur Einschränkung des eigenen Trinkens (ETR1)



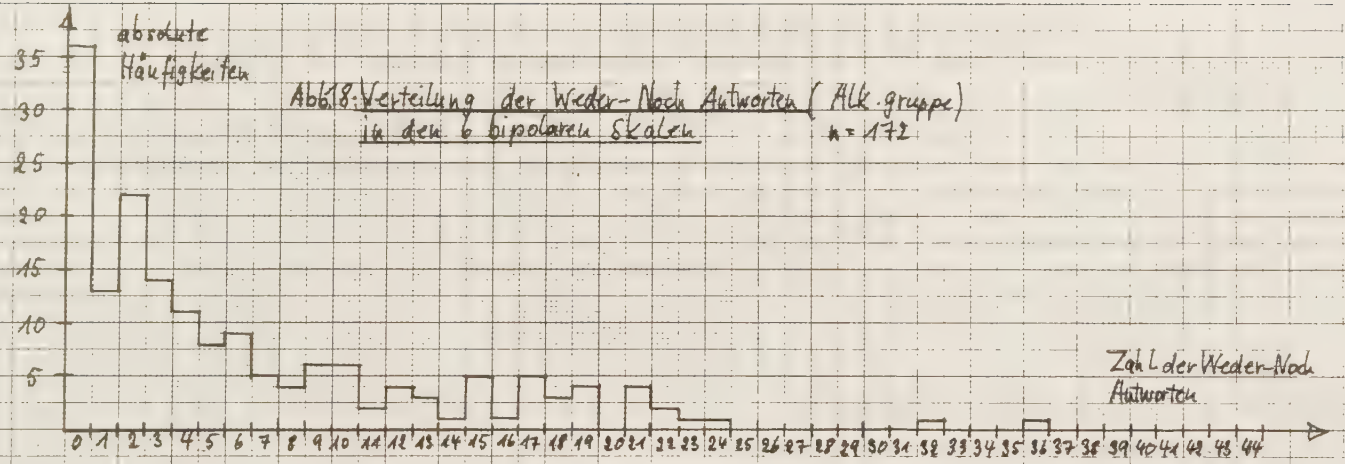


Abb.18: Verteilung der Weder-Noch Antworten (Alk.-gruppe) in den 6 bipolaren Skalen n = 172

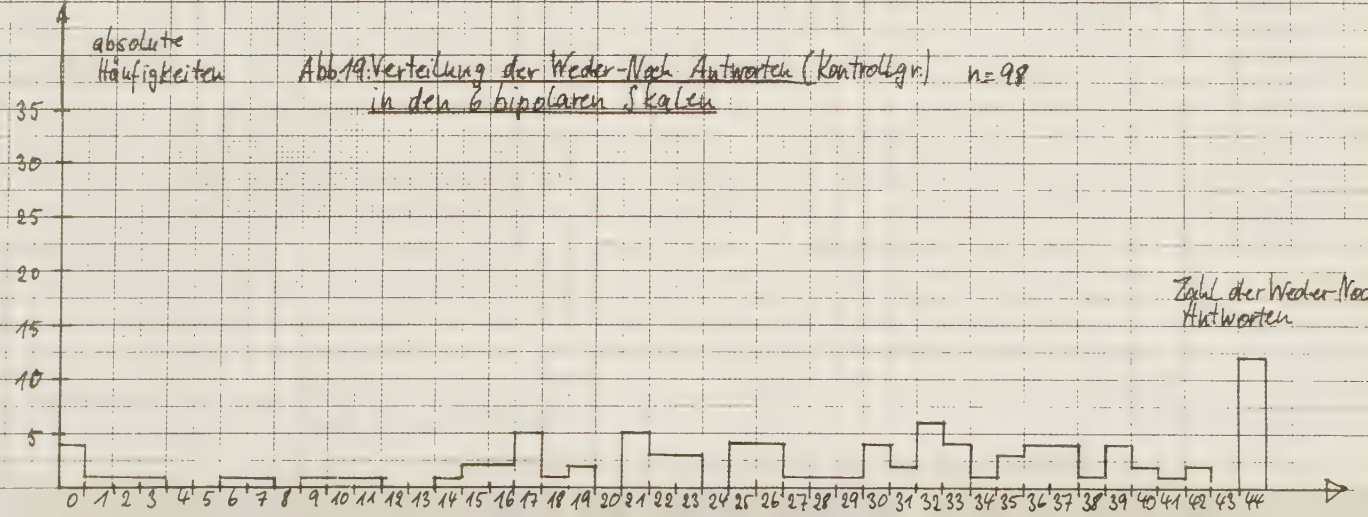


Abb.19: Verteilung der Weder-Noch Antworten (Kontrollgr.) n = 98 in den 6 bipolaren Skalen

Abb. 20: Pfadanalyse der Einstellungsstruktur für die Alkoholikergruppe

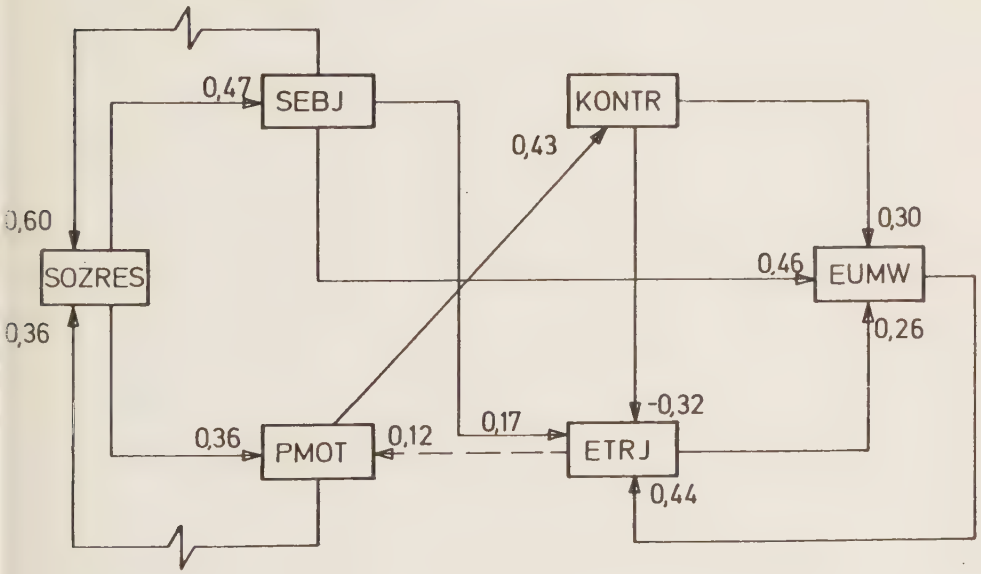
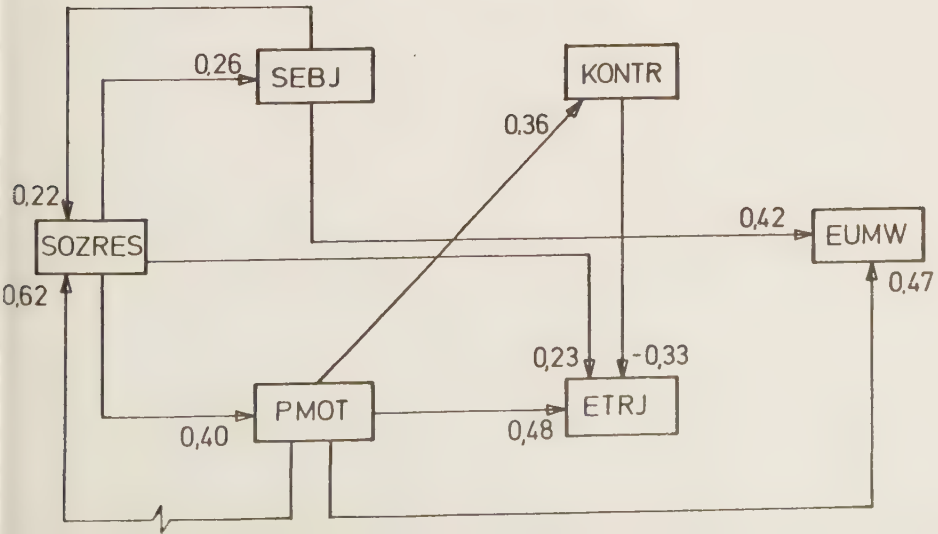


Abb. 21: Pfadanalyse der Einstellungsstruktur für die Kontrollgruppe



Anhang 3: Fragebogen

H - VU

Anleitung :

Wir wollen überprüfen, wie klar und eindeutig sich die einzelnen Items (auf den blauen Karteikarten) den verschiedenen Skalen, die auf weißen Karteikarten beschrieben sind, zuordnen lassen.
Deshalb bitten wir Sie in einem ersten Durchgang all jene Items einzuordnen, deren Zuordnung Ihnen klar erscheint. Danach ordnen Sie bitte die restlichen Items dort ein, wo sie Ihrer Meinung nach am besten hinpassen. In Ihrem Antwortbogen tragen Sie bitte die auf der Kartenrückseite stehenden Nummern der Items für jede Skala ein. Die sicher einordenbaren Items werden in jeder Skala Ihres Antwortbogens durch einen Schrägstrich von den unklar einzuordnenden Items getrennt.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Skalen	Nr. der Items
Trinkmotivation	
Kontrollfähigkeit	
Veränderungsbereitschaft des Trinkens	
Selbstbild unter Alkohol	
Soziale Resonanz	
Soz. Einstellung gegenüber der Umwelt	
Symptomatisches Trinken	
Psychovegetative Beschwerden und Funktionsstörungen	

Vp-Nr. ☐☐☐☐

Name: ..... Vorname: .....

Geschlecht ☐ Beruf: ..... ☐

Geburtsdatum ☐☐☐☐☐☐

Datum:

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Lebererkrankung ..... (mindestens ein klinisches Symptom: vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz und mindestens ein Laborwert: GOT, GPT, Gamma-GT, Bilirubin sind notwendig).	○	○
2. Polyneuropathie ..... (trifft nur zu, wenn keine anderen Ursachen bekannt sind, z.B. Diabetes mellitus, oder eindeutige chronische Vergiftungen).	○	○
3. Delirium tremens ..... (jetzt oder in der Vorgeschichte).	○	○
4. Alkoholkonsum von mehr als 150 ml reinem Alkohol pro Tag, mindestens über einige Monate *	○	○
5. Alkoholkonsum von mehr als 300 ml reinem Alkohol einmal im Monat *	○	○
6. Alkoholkonsum von mehr als 500 ml reinem Alkohol pro Woche *	○	○
7. Foetor alcoholicus ..... (z.Zt. der ärztlichen Untersuchung).	○	○
8. Familienangehörige oder engere Bezugspersonen haben schon einmal Rat gesucht, wegen den Alkoholproblemen des Patienten ..... z.B. beim Arzt bei der Familienfürsorge bei anderen entsprechenden Einrichtungen	○	○

Anhaltspunkte zur Bestimmung der Alkoholmengen:

					getrunk. Alkoholmeng. tägl.	mindestens 1x im Mon.	wöchentl.
1 l Bier	ca.	(4,0% Alk.)	= ca.	40ml			
0,71 Wein	ca.	(10% Alk.)	= ca.	70ml			
0,71 Sekt	ca.	(12% Alk.)	= ca.	84ml			
0,71 Südwein	ca.	(20% Alk.)	= ca.	140ml			
0,71 Likör	ca.	(30% Alk.)	= ca.	210ml			
0,71 Schnaps	ca.	(40% Alk.)	= ca.	280ml			
1 kl Schnaps	ca.	(1,02% Alk.)	= ca.	8ml			
1 gr Schnaps	ca.	(0,04% Alk.)	= ca.	16ml			
		Summe:					

Untersuchungsdatum:

Name: Vorname:

Beruf:

Alkoholismustyp:
(nach Jellinek)

	Ja	Nein
1. Lebererkrankung..... (ein klinisches Symptom: vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz und ein Laborwert: GOT , Gamma-GT , Bilirubin)	○	○
2. Chronische Gastritis.....	○	○
3. Chronische Pankreatitis.....	○	○
4. Kardiomyopathie.....	○	○
5. Myopathie.....	○	○
6. Polyneuropathie.....	○	○
7. Alkoholhalluzinose.....	○	○
8. Delirium tremens.....	○	○
9. Wernicke-Korsakow-Syndrom.....	○	○
10. Seltene neurologische Erkrankungen.....	○	○
- Kleinhirndegeneration.....	○	○
- Marchiafava-Bignami.....	○	○
- Zentrale pontyne Myelinose.....	○	○
- Amblyopie.....	○	○

FTA-S *

Anfangsbuchstaben des Namens .....

Geburtsdatum .....

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen über Beschwerden und Probleme, die im Zusammenhang mit Alkoholtrinken auftreten können. Bitte machen Sie für jede einzelne dieser Feststellungen entweder in der Spalte "trifft zu" oder "trifft nicht zu" ein Kreuz.

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, daß eine Feststellung nicht richtig paßt. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche am ehesten auf Sie zutrifft.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

* entspricht dem MALT-S

FTA-S

	trifft zu	trifft nicht zu
1. In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände	○	○
2. Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl und Brechreiz	○	○
3. Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren	○	○
4. Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten	○	○
5. Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. vor dem zweiten Frühstück Alkohol trinke	○	○
6. Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken	○	○
7. Ich denke häufig an Alkohol	○	○
8. Ich habe auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde	○	○
9. In den Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen	○	○
1o. An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht	○	○
11. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich alleine bin	○	○
12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig	○	○
13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt	○	○
14. Ich habe ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken	○	○

FTA-S	trifft zu	trifft nicht zu
15. Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken	○	○
16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme	○	○
17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen	○	○
18. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben	○	○
19. Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht	○	○
2o. Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke	○	○
21. Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner besser zurecht	○	○
22. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben	○	○
23. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden	○	○
24. Man hat mich schon wiederholt auf meine "Alkoholfahne" angesprochen	○	○

Name : Vorname:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum :

A n l e i t u n g :

Auf der nächsten Seite finden Sie eine Reihe von Aussagen, über Alkoholtrinken. Sie können jede entweder mit "Stimmt" oder "Stimmt nicht" ankreuzen.

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, daß eine Feststellung nicht richtig paßt. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an und zwar die, welche am ehesten auf Sie zutrifft.

	Stimmt	Stimmt nicht
1. Ich habe in letzter Zeit mehr Durst als früher	○	○
2. Die ersten Gläser trinke ich immer sehr schnell aus	○	○
3. In letzter Zeit konnte ich mich nach starkem Trinken an manches nicht mehr erinnern	○	○
4. Ich habe zu Hause, bzw. an meinem Arbeitsplatz einen kleinen versteckten Vorrat mit alkoholischen Getränken	○	○
5. Ich sage den anderen lieber nicht, wieviel ich trinke	○	○
6. Ich versuche manchmal, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren	○	○
7. Ich leide in letzter Zeit an starker Nervosität	○	○
8. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin	○	○
9. Ich habe zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz	○	○
10. Wenn ich Alkohol trinken will, versuche ich unter allen Umständen, ihn zu bekommen	○	○
11. Ich denke häufig an Alkohol	○	○
12. Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagesse, bzw. vor dem zweiten Frühstück Alkohol trinke	○	○
13. Ich trinke häufiger ein Glas Bier oder Wein in einem Zug aus	○	○
14. Ich suche Gelegenheiten, wo ich ohne Wissen der anderen ein paar Gläser trinken kann	○	○
15. Ich leide häufig an Zittern der Hände	○	○
16. Ich habe öfters ohne körperliche Anstrengungen Schweißausbrüche	○	○
17. Ich habe öfters Schlafstörungen oder Alpträume	○	○
18. In letzter Zeit habe ich weniger Appetit als früher	○	○
19. Ich glaube, daß ich mehr als andere Leute trinke	○	○
20. Mir ist aufgefallen, daß ich seit einiger Zeit erheblich weniger Alkohol vertrage als früher	○	○

A n l e i t u n g :

In dem folgenden Fragebogen geht es darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden und wie Ihre Einstellung zum Alkoholtrinken ist.

Sie finden jeweils zwei einander gegenübergestellte Aussagen und dazwischen eine Skala. Diese Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links und nach rechts. Wenn Sie meinen, daß die linke oder die rechte Aussage eher auf Sie zutrifft, dann kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an. In der Mitte, d.h., bei einem Wert von 0, sollten Sie nur dann ein Kreuz machen, wenn keine der beiden Aussagen auf Sie zutrifft, oder beide Aussagen gleich stark auf Sie zutreffen.

1.	Ich bin eigentlich lieber mit mir allein	3 2 1 0 1 2 3	Ich bin eigentlich lieber unt anderen Leuten
2.	Meiner Ansicht nach verstärken sich im Zusammenleben mit einem Partner meine Probleme und Konflikte	3 2 1 0 1 2 3	Meiner Ansicht nach lösen sic mit einem mir entsprechenden Partner alle Probleme und Konflikte
3.	Ich möchte mein Trinken stärker einschränken als bisher	3 2 1 0 1 2 3	Ich möchte mein Trinken unter keinen Umständen einschränken
4.	Mit Alkohol fühle ich mich nichts wert	3 2 1 0 1 2 3	Mit Alkohol fühle ich mich selbstbewußt und stark
5.	Freunde und Bekannte machen mir Vorwürfe, daß ich zuviel trinke	3 2 1 0 1 2 3	Freunde und Bekannte erwarten daß ich mehr Alkohol trinke als bisher
6.	Ich habe noch nie daran gezweifelt, daß ich mein Trinken jederzeit kontrollieren kann	3 2 1 0 1 2 3	Ich habe schon häufiger daran gezweifelt, daß ich mein Trin ken jederzeit kontrollieren kann
7.	Ich brauche Alkohol, um meine Stimmung aufzuheitern	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um mein Temperament zu zügeln
8.	Ich glaube, daß selbst Freunde mich letztlich nicht ganz verstehen können	3 2 1 0 1 2 3	Ich glaube, daß Freunde mich voll und ganz verstehen könne
9.	Wenn ich getrunken habe, meinen die Leute, ich sei tüchtiger und könnte mehr leisten	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich getrunken habe, mein die Leute, ich sei weniger le stungsfähig
10.	Ich brauche Alkohol, um Wut und Zorn gegen andere besser zeigen zu können	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um Wut und Zorn besser unter Kontrol halten zu können
11.	Mit Alkohol bin ich eher distanziert und verschlossen	3 2 1 0 1 2 3	Mit Alkohol bin ich offen und mitteilsam
12.	Anderen gegenüber bin ich eher vertrauensselig und offen	3 2 1 0 1 2 3	Anderen gegenüber bin ich ehe mißtrauisch und distanziert
13.	Ich brauche Alkohol, um mich mit Konflikten und Problemen besser auseinandersetzen zu können	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um Kon- flikte und Probleme zu ver- gessen
14.	Ich glaube nicht, daß ich meinen Alkoholkonsum einschränken könnte	3 2 1 0 1 2 3	Ich glaube, daß ich meinen Al- koholkonsum jederzeit ein- schränken könnte
15.	Mit Alkohol kann ich meine Gefühle und Stimmungen besser kontrollieren	3 2 1 0 1 2 3	Mit Alkohol bin ich meinen Gefühlen ausgeliefert
16.	Ich brauche Alkohol, um mit anderen besser ins Gespräch zu kommen	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um mich besser auf mich selbst konzen trieren zu können

Ich glaube nicht, daß ich mit einem Trinksystem (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken) jederzeit meinen Alkoholkonsum kontrollieren kann	3 2 1 0 1 2 3	Ich glaube, daß ich mit einem Trinksystem meinen Alkoholkonsum jederzeit kontrollieren kann
Mit Alkohol fühle ich mich sicher und entschlossen	3 2 1 0 1 2 3	Mit Alkohol fühle ich mich zaghaft und unentschlossen
Eigentlich erwarte ich, daß Freunde und Bekannte mir nur Probleme und Konflikte bereiten	3 2 1 0 1 2 3	Eigentlich erwarte ich, daß meine Freunde und Bekannten merken, was ich brauche und gerne möchte
Mit Alkohol fühle ich mich leer und gedrückt	3 2 1 0 1 2 3	Mit Alkohol fühle ich mich frei und gelöst
Ich brauche Alkohol, um mich aufzuputschen	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um mich zu beruhigen
Wenn ich Alkohol getrunken habe, bin ich anderen gegenüber rücksichtsvoller	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich Alkohol getrunken habe, nehme ich wenig Rücksicht auf andere
Keiner kann verstehen, daß ich in bestimmten Situationen Alkohol brauche	3 2 1 0 1 2 3	Es gibt Leute, die verstehen, warum ich Alkohol brauche
Wenn ich trinke, kommen mein Partner und ich besser miteinander aus	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich trinke, gibt es ständig Streit mit meinem Freund
Wenn ich anfange zu trinken, kann ich nicht genau sagen, ob ich jederzeit auch aufhören kann	3 2 1 0 1 2 3	Ich bin sicher, daß ich nach dem ersten Schluck Alkohol jederzeit wieder aufhören kann
Ich kann mir gut vorstellen, daß ich mit dem Trinken ganz aufhöre	3 2 1 0 1 2 3	Ich kann mir nicht vorstellen, daß ich mit dem Trinken von Alkohol ganz aufhöre
Ich brauche Alkohol, um konzentrierter arbeiten zu können	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um besser abschalten zu können
Mir ist nicht wichtig, ob ich mein Trinken jederzeit unter Kontrolle halten kann	3 2 1 0 1 2 3	Mir ist äußerst wichtig, daß ich mein Trinken jederzeit unter Kontrolle habe
Ich bekomme nichts geschenkt im Leben	3 2 1 0 1 2 3	Ohne eine gute Portion Glück kann ich nichts erreichen
Alkohol spielt keine große Rolle in meinem Leben	3 2 1 0 1 2 3	Ohne Alkohol kann ich mir ein Leben nicht vorstellen
Ich kann mir viele Gründe vorstellen, weshalb ich weniger trinken sollte	3 2 1 0 1 2 3	Ich kann mir keinen Grund vorstellen, weshalb ich weniger trinken sollte
Mit Alkohol fühle ich mich jeder Situation gewachsen	3 2 1 0 1 2 3	Mit Alkohol fühle ich mich unsicher und hilflos

33.	Ich meine, daß niemand gegen sein Schicksal etwas tun kann	3 2 1 0 1 2 3	Ich meine, es kommt auf mich selbst an, was ich aus meinem Leben mache
34.	Mit Alkohol fühle ich mich wärmer und anderen Menschen näher	3 2 1 0 1 2 3	Mit Alkohol fühle ich mich eher kühler und weiter von anderen Menschen entfernt
35.	Mein(e) Lebenspartner(in) oder meine Freunde haben sich von mir zurückgezogen	3 2 1 0 1 2 3	Mein(e) Lebenspartner(in) oder meine Freunde haben sich mir stärker zugewandt und halten fester zu mir
36.	Freunde und Bekannte meinen, daß Alkohol mir eine Menge Schwierigkeiten und Probleme macht	3 2 1 0 1 2 3	Freunde und Bekannte meinen, daß ich auf eine schöne Seite des Lebens verzichte, wenn ich keinen Alkohol trinke
37.	Wenn ich Alkohol trinke, komme ich mit der Arbeit besser zurecht	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich Alkohol trinke, habe ich Schwierigkeiten am Arbeitsplatz
38.	Ich kann eigentlich nicht genau sagen, in welchen Situationen ich Alkohol brauche	3 2 1 0 1 2 3	Ich weiß genau, in welchen Situationen ich Alkohol brauc
39.	Ich glaube, daß die Leute nicht mehr so viel von mir halten wie früher	3 2 1 0 1 2 3	Ich glaube, daß die Leute meh von mir halten und mich mehr schätzen als früher
40.	Wenn man an sich selbst arbeitet, kann man mit seinen Alkoholproblemen fertig werden	3 2 1 0 1 2 3	Nur wenn andere sich für mich einsetzen, kann ich mit meine Alkoholproblemen fertig werde
41.	Wenn ich trinke, bin ich bei den Leuten beliebter	3 2 1 0 1 2 3	Wenn ich trinke, kann mich keiner leiden
42.	Man muß auch ohne Alkohol und andere Mittel mit Problemen und Konflikten fertig werden	3 2 1 0 1 2 3	Wenn man auf Alkohol verzichtet, braucht man einen Ersatz dafür
43.	Ich glaube nicht, daß ich längere Zeit ohne Alkohol auskommen könnte	3 2 1 0 1 2 3	Ich glaube, daß ich jederzeit mein Trinken aufgeben könnte
44.	Ich brauche Alkohol, um mich bei anderen besser durchsetzen zu können	3 2 1 0 1 2 3	Ich brauche Alkohol, um mit anderen besser zusammenarbeit zu können

Fb-Z

Anleitung:

Bei den folgenden Fragen werden Sie um Altersangaben gebeten. Es wird für Sie nicht immer leicht sein, sich an das betreffende Alter zu erinnern.

Vielleicht fällt es Ihnen weniger schwer, wenn Sie dabei von besonders hervorstechenden Ereignissen Ihres Lebens ausgehen, deren Zeitpunkt Sie sicher wissen. Beispiel: Wenn Sie nach dem Alter gefragt werden, in dem Sie zum ersten Mal selbst Auto gefahren sind, so fällt Ihnen vielleicht ein, daß dies kurz nach Ihrer Gesellenprüfung war. Das Alter läßt sich dann leicht ausrechnen.

Wenn Sie sich einmal bei einer Frage nicht mehr genau an das Alter erinnern können, dann geben Sie bitte das Alter an, in dem das betreffende Ereignis ungefähr gewesen sein müßte. Ist das betreffende Ereignis niemals bei Ihnen eingetreten, so machen Sie bitte einen Strich in das Antwortfeld.

Bitte lassen Sie keine Frage aus!

Fb-Z

1. Alter, in dem Sie zum ersten Mal angetrunken bzw. betrunken waren.....Alter: ( )

2. Alter, in dem bei Ihnen zum ersten Mal Erinnerungslücken als Folge des Alkoholkonsums aufgetreten sind. (Beispiel: Sie wachen morgens nach starkem Alkoholkonsum auf und wissen nicht mehr, wo Sie gewesen sind oder was Sie von einem bestimmten Zeitpunkt an getan haben).....Alter: ( )

3. Alter, in dem Sie begannen, eine größere Menge Alkohol als früher vertragen zu können, ohne betrunken zu werden. Alter: ( )

4. Alter, in dem zum ersten Mal berufliche Probleme im Zusammenhang mit Alkoholtrinken aufgetreten sind (z.B. Auseinandersetzungen mit Arbeitskollegen oder Ihrem Chef) Alter: ( )

5. Alter, in dem zum ersten Mal soziale Probleme in der Familie oder mit Freunden im Zusammenhang mit Alkoholtrinken aufgetreten sind (z.B. Auseinandersetzungen mit Ihrer Frau bzw. Ihrem Mann oder mit Freunden)..... Alter: ( )

6. Alter, in dem Sie zum ersten Mal wegen Trinkens Ihren Arbeitsplatz verloren haben..... Alter: ( )

7. Alter, in dem Sie begannen, die Kontrolle über Ihr Trinken zu verlieren (wenn Sie einmal angefangen hatten, zu trinken, konnten Sie nicht mehr aufhören)..... Alter: ( )

8. Alter, in dem Sie merkten, daß Sie - im Vergleich zu früher - schon von einer deutlich kleineren Menge Alkohol betrunken wurden..... Alter: ( )

9. Alter, in dem Sie begannen, das Essen zu vernachlässigen (z.B. nur ein belegtes Brot essen, nur an Gebäck oder Süßigkeiten knabbern, ohne Appetit zu unregelmäßigen Zeiten essen u.a.)..... Alter: ( )

10. Alter, in dem Sie bei sich selber zum ersten Mal ein Zittern festgestellt haben..... Alter: ( )

11. Alter, in dem Sie zum ersten Mal wegen Vergiftungserscheinungen durch Alkohol in ein Krankenhaus eingeliefert wurden..... Alter: ( )

12. Alter, in dem zum ersten Mal gesundheitliche Probleme wegen des Alkoholtrinkens aufgetreten sind (z.B. Fettleber, Gastritis u.a.)..... Alter: ( )

13. Alter, in dem Sie zum ersten Mal Alkohol als Erleichterung in belastenden Situationen und Schwierigkeiten erlebt haben..... Alter: ( )

Lebenslauf

1946	Am 6.10. dieses Jahres kam ich als Sohn von Herrn Georg Küfner und seiner Frau Helene Küfner, geb. Gallmetzer, in München zur Welt.
1953 - 1957	Besuch der St. Anna Volksschule in München
1957 - 1966	Mathematisch-naturwissenschaftliches Luitpold Gymnasium in München
1966	Abitur
1966 - 1968	18-monatiger Wehrdienst als Wehrpflichtiger bei der Bundeswehr in Traunstein; Entlassung als Fahnenjunker
1968	Beginn des Studiums der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
1970	Vordiplom
1973	Hauptdiplom in Klinischer Psychologie mit Schwerpunkt Verhaltensmodifikation
1974 - 1981	Beschäftigt als Stipendiat und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck Instituts für Psychiatrie München; Mitarbeit an einem Projekt zur Entwicklung eines Diagnosetests für Alkoholabhängige (Münchner Alkoholismustest, MALT); Durchführung von ambulanter analytisch orientierter Gruppenpsychotherapie mit Alkoholabhängigen; zur Zeit Mitarbeit an einem Projekt über Ergebnisse stationärer Behandlung von Alkoholabhängigen und Fragen der Indikation
1974 - 1977	Zusatzausbildung in analytischer Gruppendynamik und Psychotherapie
1975	Heirat mit Frau Roswitha Küfner, geb. Krebs